

# A Qualidade dos Serviços das Farmácias Comunitárias

A perceção dos utentes e prestadores

AUTOR: Maria Marisol da Silva Gonçalves

Orientador: Teresa Maria Rocha Fernandes Silva

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA

À FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde



## Nota Bibliográfica

A autora, Maria Gonçalves, é Farmacêutica e à data da candidatura ao Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde exercia a sua atividade profissional em Farmácia Comunitária.

A sua motivação para ingressar neste Mestrado advém do seu interesse pessoal pela Economia e Gestão mas também por considerar que este Mestrado iria complementar a sua formação académica anteriormente adquirida - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

A frequência deste Mestrado permitiu adquirir conhecimentos numa nova área adaptados ao seu contexto de trabalho, o que também se traduziu na melhoria do desempenho profissional e uma atitude crítica perante determinadas tarefas.

Hoje partilha a responsabilidade de gestão de uma Farmácia e os conhecimentos que adquiriu tem-se revelado extremamente úteis, uma vez que colmata as lacunas de um Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas que um Farmacêutico tem que enfrentar no dia a dia de gestão de uma Farmácia.

## Agradecimentos

Este trabalho não se teria realizado assim sem o enorme contributo da Professora Teresa Fernandes, um muito obrigada pela orientação, ideias, paciência, disponibilidade, confiança e abertura demonstrada ao longo deste último ano.

Um muito obrigada a todas as Farmácias que colaboraram diretamente na criação da base de dados, e a todos os utentes que disponibilizaram o seu tempo a preencher o inquérito.

Um obrigado também ao Grupo Holon, nomeadamente à Dr<sup>a</sup> Ângela Botelho, pela colaboração na criação da base de dados, sem este seria impossível criar uma base de dados desta dimensão.

A todos os amigos e colegas de profissão, pela colaboração em todas as fases de desenvolvimento deste trabalho, um muito obrigada.

À família e amigos obrigada pela paciência e por toda a contribuição. Particularmente à mãe Virginia, à irmã Cláudia e à amiga Inês Seabra.

Um agradecimento especial ao Professor Maurício Barbosa pela motivação.

Muito obrigada a todos.

## Resumo

O conceito Qualidade transformou-se num assunto incontornável, primeiro na indústria dos produtos/bens e posteriormente na indústria dos serviços, muito por imposição dos clientes que estão cada vez mais informados e mais exigentes mas também pelo crescimento acentuado deste setor nos últimos anos. Assim o Marketing de Serviços transformou-se numa área de extrema importância que permite escrutinar o serviço prestado.

A temática da mensuração da Qualidade do serviço prestado é do interesse de todos os intervenientes, que na área da saúde não se resumem a clientes e prestadores mas também aos governos, companhias de seguros, universidades, entre outros. Particularmente na área da saúde os benefícios ultrapassam as eventuais repercussões em lucros ou quotas de mercado, pois estudos demonstram que um maior nível de qualidade dos serviços prestados está associada uma melhoria da qualidade de vida da comunidade e um aumento da produtividade nacional.

O presente estudo centra-se na avaliação da qualidade do serviço prestado pelas Farmácias Comunitárias recorrendo à escala Servperf que é constituída pelas cinco dimensões que os utentes mais valorizam num prestador de serviços: os elementos tangíveis, a segurança, empatia, capacidade de resposta e fiabilidade. A sua aplicação, através da contribuição direta de cerca de 180 Farmácias, permitiu a criação de uma base de dados de cerca de 3400 inquéritos respondidos de utentes e prestadores.

Constatou-se que os utentes apresentam uma perceção da qualidade dos serviços prestados, por este prestador de serviços de saúde, muito elevada, 6,74.

Com base nos resultados obtidos é possível concluir que o instrumento Servperf é adequado para mensurar a qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias, revelando-se desta forma uma ferramenta ao alcance das Farmácias para averiguar o nível de qualidade dos serviços que prestam, e assim direccionar e fundamentar decisões estratégicas e operacionais.

**Palavras chave:** Qualidade, Servperf, Farmácia

## Abstract

The Quality concept became itself in an unavoidable matter, first in the products/goods industry, due to customers' imposition who are more discerned and more demanding but also by the sharp growth in this sector in the last few years.

Therefore, the Services Marketing has become an extremely important area in which allows to scrutinize the provided service.

The measurement theme of the provided service Quality is an interesting matter to all stakeholders, which in the health area doesn't outline to customers and providers but also to governments, insurance companies, universities, among others. Particularly in the health area, the benefits exceed eventual repercussions of profits or market shares. Studies express a higher level of quality from services provided is associated with an improvement in the community quality of life and an increase in national productivity.

The present study is centered on the evaluation of the service quality provided by the community pharmacies referring to the scale provided by Servperf in which is constructed in five dimensions that in fact clients value most in services: tangible elements, security, empathy, the capacity to respond and reliability. 180 pharmacies directly contributed to the application of these elements in which permitted a database where 3400 surveys were completed by clients and service providers.

It stated that clients present a perception of quality of services provided, in relation to health services provided quite high, 6,74.

Based on results obtained, it is possible to conclude that the Servperf instrument is adequate to measure the quality of services provided by pharmacies revealing a reachable tool for pharmacies to inquire a level of services provided and therefore directing and consolidating strategic and operational decisions.

Keywords: Quality, Servperf, Pharmacy

## Índice

Introdução .....	1
1. Revisão da Literatura .....	5
1.1. Marketing em Serviços .....	5
1.1.1. Caraterísticas dos Serviços .....	5
1.1.2. Marketing Mix em Serviços .....	8
1.2. Modelo da Qualidade dos Serviços .....	12
1.2.1. Modelo de Groonros .....	13
1.2.2. Modelo Gap .....	16
1.3. Instrumentos de Medida da Qualidade em Serviços .....	21
1.3.1. SERVQUAL .....	22
1.3.2. SERVPERF .....	24
1.3.3. Análise Crítica .....	25
1.4. Qualidade nos Serviços de Saúde .....	27
1.4.1. Estudos de Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde .....	29
2. Metodologia .....	34
2.1. Contexto de Investigação .....	35
2.2. Objetivos .....	36
2.3. Metodologia Utilizada .....	37
2.4. População e Amostra em Estudo .....	37
2.5. Variáveis e Hipóteses .....	38

2.6. Questionário .....	40
3. Apresentação e Análise dos Resultados.....	42
3.1. Fiabilidade e Validade do Instrumento de Medida.....	42
3.1.1. Caracterização da Amostra .....	44
3.1.2. Análise das Frequências Relativas e Absolutas.....	47
4. Discussão dos Resultados .....	55
5. Conclusão.....	59
Referências Bibliográficas .....	61
Anexos .....	67
Anexo I – Resumo do estudo apresentado às Farmácias. ....	67
Anexo II – Inquérito pré teste. ....	68
ANEXO III – Inquérito final .....	69
ANEXO IV – Características dos utentes.....	71
ANEXO V – Resultados da Escala Servperf. ....	74
ANEXO V – Análise das hipóteses. ....	75

**Índice de Ilustrações**

Ilustração 1 - Estrutura do Marketing Mix adaptada à indústria dos serviços.....	9
Ilustração 2 - Modelo da Qualidade dos Serviços (adaptado Groonros 1884). ....	15
Ilustração 3 - Modelo conceptual da Qualidade do Serviço (adaptado Parasuraman et al 1985). ....	17
Ilustração 4 - Relação entre os Gaps da Teoria Gap.....	18
Ilustração 5 - Estrutura de um questionário Servqual.....	24
Ilustração 6 – Esquematização de um questionário Servperf. ....	25



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Principais antagonismos caraterísticos da indústria dos serviços e produtos. Adaptação <i>Parasuraman et al.</i> (1985).....	6
Tabela 2 – As cinco dimensões da escala Servqual.....	23
Tabela 3 - Identificação da variáveis em estudo.....	38
Tabela 4 - Valores de Alpha de Cronbach, KMO e teste de Bartlett (Sig.).....	43
Tabela 5 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Elementos Tangíveis. ....	47
Tabela 6 - Itens relativos à dimensão elementos tangíveis. ....	47
Tabela 7 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Fiabilidade.....	48
Tabela 8 - Itens relativos à dimensão fiabilidade. ....	48
Tabela 9 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Capacidade de resposta. ....	48
Tabela 10 - Itens relativos à dimensão Capacidade de resposta. ....	49
Tabela 11 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Segurança. ....	49
Tabela 12 - Itens relaticos à dimensão Segurança. ....	49
Tabela 13 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Empatia.....	50
Tabela 14 - Itens relativos à dimensão Empatia. ....	50
Tabela 15 - Dados referentes à aplicação do teste ANOVA.....	51
Tabela 16 - Resultados obtidos para a comparação da perceção da qualidade dos serviços entre prestadores e utentes. ....	53
Tabela 17 - Perceção da qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias em 2009 e 2014. ....	54

## Lista de abreviaturas

PNS: Plano Nacional de Saúde

PVA: Preço de Venda do Armazenista

MNSRM: Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

OMS: Organização Mundial de Saúde

KMO: *Kaiser-Meyer-Olkin*

N: Número

DP: Desvio Padrão

## Introdução

A indústria dos serviços tem crescido significativamente em todos os países, com consequente impacto nas respetivas economias nacionais. Até mesmo nas economias emergentes este setor cresce significativamente e frequentemente representa pelo menos metade do valor do Produto Interno Bruto. (*Organisation for economic co-operation and development, the service economy, paris, ocde, 2000*)

O valor deste sector, a nível mundial, totaliza quase dois terços do Produto Interno Bruto global. (*The world factbook 2008 fig 1,2 pág 28*)

Os serviços cobrem uma grande variedade de atividades e com diferentes níveis de complexidade, são tão diferentes que torna este conceito muito difícil de definir.

Algumas definições referem que os serviços podem ser definidos como atividades económicas oferecidas por uma parte a outra, muitas vezes focada no fator tempo, desempenho que deve resultar em algo desejado pelo destinatário, objetos, ou outros ativos pelo quais os compradores tem responsabilidade. Em troca de dinheiro, tempo, esforço, o cliente de um prestador de serviço espera valor no acesso a bens, a trabalho, a competências profissionais, entre outros, mas geralmente não se torna proprietário de nenhum elemento físico envolvido. (*Edvardsson et al. 2005*)

A qualidade de bens e serviços começou a ser tema de destaque no início dos anos 80. A qualidade dos produtos tangíveis já havia sido descrita e mensurada pelos marketeers mas, a qualidade dos serviços continuava largamente indefinida e muita pesquisa necessitava de ser feita, foi assim que *Parasuraman* começou a sua abordagem, em 1985, e deu um forte contributo para o desenvolvimento desta temática. (*Zeithaml et al. 2013*)

*Uchimura e Bosi (2002)* atribuem um carácter multidimensional ao termo qualidade principalmente por dois motivos, o primeiro é porque o termo qualidade assume várias dimensões ou sentidos, de natureza objetiva ou subjetiva e segundo porque a qualidade varia de acordo com o interesse dos intervenientes. Estes intervenientes, particularmente

na área da saúde, são imensos e com muitos pontos de vista diferentes desde a indústria farmacêutica, prestadores de cuidados, os utentes, associações de utentes, universidades... sendo que cada um destes, apresenta um ponto de vista diferente derivado da sua posição e interesses próprios. (*Serapioni, 2000*)

Os utentes, os pagadores e os governos estão preocupados com a qualidade dos serviços de saúde, tem sido tomadas diferentes medidas para aumentar a qualidade dos serviços mas nem todas bem sucedidas, algumas foram associadas ao aumento da burocracia ou os custos dos cuidados.

Os pacientes estão mais exigentes e aumentam as reclamações sobre tempos de espera e da forma como são tratados. Aqueles que pagam os serviços questionam porque a qualidade destes serviços não é mensurada, como em outras indústrias, para evitar o aumento dos custos. (*Ovretveit, 2000*)

Administradores de hospitais, companhias de seguros, investigadores começaram a reconhecer o valor da perspetiva do utente. De acordo com *O'Connor et al 1994* “it's the patient's perspective that increasingly is being viewed as a meaningful indicator of health services quality and may, in fact, represent the most important perspective”. (*pp1361 Andaleeb, 2001*)

Tradicionalmente, o conhecimento técnico dos profissionais médicos e enfermeiros era o suficiente para garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados aos utentes. No entanto, hoje em dia, os centros onde se prestam cuidados de saúde são organizações complexas onde os cuidados médicos apropriados requerem apoio administrativo incluindo gestão, só posteriormente estando acessíveis ao utente. As alterações organizacionais tem enfatizado a ligação entre a qualidade do sistema e as práticas de trabalho, assim como a prática de cuidados apropriados e seguros. (*Ruiz e Simon, 2004*)

Particularmente na área da saúde a qualidade pode ser definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” *Saturno et al 1990 em Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016*. O PNS 2011-2016

acrescenta a necessidade de adequar os cuidados às necessidades e expectativas dos utentes e de maximizar o desempenho, dentro das possibilidades.

As preocupações com a qualidade advêm das conclusões de estudos que indicam que cerca de 8 a 12% dos doentes em internamento hospitalar sofrem eventos adversos fruto de cuidados de saúde recebidos e não da doença. (*Conklin et al. 2008*)

A qualidade tem vindo a ser reconhecida como uma ferramenta estratégica para alcançar a eficiência operacional e melhorar a performance. No entanto, o problema na indústria dos serviços revelou-se quando esta começou a crescer e se percebeu que esta não é facilmente identificada e mensurada devido a características inerentes dos serviços que os fazem diferentes dos produtos.

No passado surgiram diferentes definições de qualidade e com elas diferentes ferramentas de medição, as mais somantes, até hoje, são o Servqual e Servperf mas, ainda hoje se discute qual a mais adequada.

A escala ideal para determinar a qualidade de um serviço será, não aquela que permite uma simples quantificação mas, robusta o suficiente para permitir ao gestores ter conhecimento de eventuais falhas de qualidade nos seus serviços. (*Jain e Gupta, 2004*)

Particularmente as Farmácias são um prestador de serviços de saúde que constituem um componente essencial dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos. Em Portugal a sua importância é elevadíssima, não só pelo papel de fornecimento de medicamentos mas também pela variedade de serviços prestados.

Uma vez que as farmácias são entidades empresariais, o seu desempenho está associado à sua organização interna, posicionamento no mercado e fatores capazes de gerar valor. Por outro lado, as farmácias, nomeadamente com o aumento do número de farmacêuticos, tem evoluído no sentido do melhoramento dos serviços prestados ao mesmo tempo que se voltam para questões relacionadas com a saúde pública e resolução de problemas sociais. (*Duarte et al. 2009*)

O objetivo deste trabalho é mensurar o nível de qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias, utilizando para isso uma ferramenta de medição, a escala Servperf. Esta

escala é constituída pelas cinco dimensões que os clientes mais valorizam num prestador de serviços: os elementos tangíveis, a empatia, segurança, fiabilidade e a responsabilidade representadas por 22 itens que os utentes classificam numa escala de Likert traduzindo desta forma a sua perceção, relativamente a estes.

No sentido de aprofundar o conhecimento existente nesta área, também a perceção dos prestadores é mensurada recorrendo à mesma metodologia e desta forma tentasse averiguar até que ponto a perceção dos clientes é coincidente com a perceção dos prestadores.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos, sendo o primeiro composto pela revisão da literatura essencial à compreensão do tema mas também pertinência e importância do mesmo. No segundo capítulo é descrita a metodologia onde se encontra descrito, mais detalhadamente, os objetivos do estudo, o método utilizado bem como o instrumento utilizado para a criação da base de dados. No terceiro capítulo é feita uma apresentação e análise do dados obtidos e no quarto capítulo é feita uma discussão dos mesmo. Por último surge o quinto capítulo com as conclusões do estudo.

## 1. Revisão da Literatura

Já aquando da elaboração da questão de investigação é necessário ter em conta o estado atual dos conhecimentos existentes sobre o tema em estudo, o que se consegue através de uma revisão dos trabalhos de investigação já publicados, assim é possível estabelecer a utilidade do tema proposto.

O exame de outras publicações dá a conhecer tudo o que reporta com o tema a investigar e, de acordo com cada situação, determinar o método a utilizar por análise dos métodos já utilizados e respetivas repercussões e conclusões. Basicamente concentra-se numa apreciação do contributo das diferentes publicações para a resolução do problema em investigação ou problemas relacionados.

A fase de revisão da literatura consiste numa inventariação e análise crítica do universo de publicações sobre o tema a investigar. Aqui o investigador analisa os conceitos desenvolvidos, as relações estabelecidas com a teoria, as metodologias utilizadas, os resultados que se obtiveram e as respetivas conclusões, assim pode apoiar-se em trabalhos de outros investigadores para conduzir a sua investigação. (*Fortin, 2009*)

### 1.1. Marketing em Serviços

Com o crescimento da indústria de serviços muitos dos conceitos da indústria dos produtos foram adotados pela indústria dos serviços mas, esta indústria apresenta particularidades relevantes, o que requer estratégias e abordagens personalizadas que o marketing de produtos não considera. (*Parasuraman et al. (1985)*)

#### 1.1.1 Caraterísticas dos Serviços

De forma simplificada os serviços são ações, processos e desempenhos, não são objetos tangíveis que podem ser tocados, vistos ou sentidos mas antes ações intangíveis. As diferenças são tão relevantes que em alguns aspetos essenciais destas indústrias estes chegam mesmo a ser antagónicos (tabela 1).

**Tabela 1 - Principais antagonismos caraterísticos da indústria dos serviços e produtos. Adaptação *Parasuraman et al. (1985)***

Produtos	Serviços
Tangíveis	Intangíveis
Standardizados	Heterogéneos
Produção é separada do consumo	Produção e consumo são simultâneos
Não perecíveis	Perecíveis

A intangibilidade é a caraterística que mais ressalta na indústria dos serviços face aos produtos, porque os serviços são performances ou ações e não objetos que podem ser sentidos, cheirados ou experimentados. Por exemplo, os cuidados de saúde são ações (cirurgia, diagnóstico, tratamento) prestados por profissionais e dirigidos aos utentes ou seus familiares. Estes serviços não podem ser vistos ou sentidos pelo paciente mas o utente pode ver e sentir alguns componentes tangíveis do serviço, como o equipamento do hospital.

A intangibilidade faz com que os serviços não possam ser inventariados e por isso flutuações nos pedidos são difíceis de gerir. Os serviços não são fáceis de patentiar e por isso são facilmente copiados pelos competidores. Os serviços não podem ser facilmente disponibilizados e não são facilmente comunicados aos clientes por isso a qualidade pode ser difícil de avaliar.

A decisão de: o que anunciar, e outros materiais de promoção são difíceis de escolher tal como o preço. O custo atual de uma unidade do serviço é difícil de determinar e a relação preço-qualidade é complexa. (*Zeithaml et al. 2013*)

Os serviços são intangíveis, porque estes consistem muito mais em desempenhos do que objetos, definir critérios de produção de qualidade uniforme para a prestação dificilmente é exequível. Devido a esta componente intangível pode ser difícil para a



empresa perceber como os consumidores interpretam os seus serviços e como os avaliam em termos de qualidade. (*Zeithaml, 1981*)

A heterogeneidade traduz-se, para um mesmo serviço, no facto de este ser diferente dependendo do tempo, da organização, das pessoas... Garantir uma qualidade do serviço consistente é um desafio.

Os funcionários que fazem a entrega do serviço muitas vezes são o serviço, aos olhos do consumidor, e as pessoas diferem no seu desempenho de dia para dia e mesmo de hora para hora. A heterogeneidade também resulta do facto de os clientes também não serem iguais, cada um terá diferentes pedidos e experiências do serviço. O fator heterogeneidade resulta essencialmente do fator humano que está presente no prestador, no cliente e entre estes. (*Booms e Bitner 1981*)

A qualidade depende de um conjunto de fatores que não conseguem ser completamente controlados pelo prestador do serviço, como a capacidade do consumidor entender as suas necessidades, a capacidade e vontade dos colaboradores para satisfazer essas necessidades, a presença ou ausência de outros clientes, e o nível de requisição do serviço. (*Zeithaml et al. 2013*)

A nível cronológico é possível afirmar que, maioritariamente, os produtos são primeiro produzidos depois vendidos e só mais tarde consumidos, mas a maioria dos serviços são primeiro vendidos e depois produzidos e consumidos em simultâneo. E muitas vezes significa que o cliente está presente enquanto o serviço está a ser produzido e, muitas vezes, até pode ser parte interveniente do processo de produção. Esta cronologia também pode significar que os clientes podem interagir entre eles durante o processo de produção o que pode afetar a experiência destes. (*Zeithaml et al. 2013*)

O facto de a produção e o consumo serem inseparáveis, em vários serviços, dificulta a planificação da qualidade de um serviço que, por isso, não pode ser projetada como a produção de um bem para ser posteriormente entregue intacta ao consumidor. (*Parasurama, et al. 1985*)

A qualidade do serviço e a satisfação do cliente será dependente do que acontece em tempo real, incluindo ações dos funcionários e da interação entre estes e com os clientes.

Por outro lado, fator tempo real também resulta em vantagens para os serviços em termos de oportunidades para personalizar o serviço para um cliente individual.

A produção e o consumo em simultâneo também significa que não é possível uma economia de escala através da centralização. Geralmente as operações tem que ser relativamente descentralizadas para que o serviço seja prestado ao cliente na localização conveniente, se bem que os avanços da tecnologia tem feito alterações nesta área para muitos serviços.

A perecibilidade é relativa ao facto de que os serviços não poderem ser guardados, armazenados, revendidos ou devolvidos. Em contraste com os produtos que podem ser mantidos em stock, ou vendidos mais tarde ou mesmo devolvidos por clientes desiludidos. (*Zeithaml et al.2013*)

Porque os serviços envolvem ações e desempenhos eles são efêmeros – transitórios e perecíveis. Quando não existem pedidos ou clientes, o excesso de capacidade é desperdiçado, e quando existem muitas requisições geralmente excedem a capacidade o que geralmente culmina na insatisfação nos clientes, quanto mais não seja pelo tempo de espera. Este é também um desafio que os marketeers tem que enfrentar. (*Lovelock e Wirtz, 2010*)

### **1.1.2. Marketing Mix em Serviços**

Um dos conceitos mais básicos do marketing é o marketing mix que pode ser definido como os elementos que são utilizados para satisfazer ou comunicar com o cliente. O marketing mix é uma ferramenta inicial de recolha de dados e essencial para tomar decisões em marketing. (*Katz, 1988*).

O marketing mix tradicional é compostos pelos 4 Ps: Product, Price, Place and Promotion. Estes elementos fazem parte de qualquer decisão ou planeamento da área do

marketing. A componente denominada mix surge para transmitir a ideia que estas variáveis estão interrelacionadas e dependentes umas das outras em alguma extensão.

Devido à especificidade da indústria dos serviços este marketing mix (Ilustração 1) deve ser extendido a mais 3 Ps: People, Physical evidences e Process.

**Ilustração 1 - Estrutura do Marketing Mix adaptada à indústria dos serviços.**



A componente **pessoas** compreende todos os atores que intervêm na entrega do serviço e que por isso vão influenciar a perceção do cliente: os colaboradores, os clientes, outros clientes presentes no local de entrega do serviço. Todas as pessoas presentes no local de prestação do serviço influenciam e influenciam-se mutuamente, desde a forma como estão vestidas, a sua apresentação pessoal, as suas atitudes e comportamentos afetam a perceção que o cliente tem do serviço. Mesmo o próprio cliente tem influência na sua perceção sobre o serviço, por exemplo, nos cuidados de saúde, o sucesso de uma alteração da dieta alimentar vai depender da colaboração do utente. (Zeithaml et al. 2013)

Apesar dos avanços da tecnologia, muitos serviços continuam e continuarão a requerer a interação direta entre clientes e funcionários, muitas vezes a diferença entre dois prestadores é a atitude e capacidades dos funcionários. As empresas prestadoras de serviços tem que ter um cuidado especial com os recursos humanos e prestar especial atenção na seleção, preparação e motivação dos funcionários que prestam o serviço. Mesmo quando são necessárias aptidões técnicas diferenciadas, ainda é necessário atitude positiva e bom relacionamento interpessoal. Estes funcionários podem ser a vantagem competitiva de uma empresa. (Lovelock e Wirtz, 2010)

As **evidências físicas** refletem o ambiente onde o serviço é entregue e onde a organização e os clientes interagem e inclui todos os elementos tangíveis que facilitam a prestação do serviço ou que simplesmente estão acessíveis ao cliente.

Quando se adquirem produtos existem diversos fatores tangíveis para avaliar a sua qualidade: segurança, cor, design, embalagem... Quando se adquirem serviços existem poucos fatores tangíveis, muitas vezes aqueles que existem estão limitadas a elementos tangíveis do prestador do serviço como as instalações, equipamento, pessoal... (Parasuraman et al. 1985)

Dependendo da indústria dos serviços em causa, existem mais ou menos evidências físicas a que os clientes tem acesso, e quanto menos evidências os clientes tem acesso, mais impacto estas têm na perceção que estes têm da qualidade, porque são o únicos elementos físicos em que este se apoia. Estes são elementos fundamentais e que as empresas podem explorar ao máximo para valorizar a imagem que transmitem da qualidade do seu serviço, mas sem nunca a exceder.

Os **processos** são mecanismos através dos quais a atividade de prestação do serviço é transmitida e a avaliação da qualidade não se limita ao resultado do serviço mas também ao processo de entrega do serviço. (Parasuraman et al. 1985)

O processo traduz-se nos passos de entrega e prestação do serviço que o cliente experiênciia. Estes processos geralmente podem ser divididos em duas classes: os standardizados e os customizados, um não é melhor que o outro mas determinados clientes podem ter preferência por um ou por outro. (Zeithamlet al. 2013)

As guidelines que estão por detrás de um processo de prestação do serviço são tão importantes como aquilo em que o serviço consiste por isso, a criação e entrega dos elementos anexos ao serviço requerem uma estruturação e implementação efetiva enquanto processo.

Processos mal desenhados traduzem-se em lentidão, burocracia, clientes desapontados, perda de tempo e também dificulta o trabalho dos funcionários que trabalham na linha da frente bem como os resultados e a produtividade. (Lovelock e Wirtz, 2010)

No que concerne aos 4Ps adoptados do marketing da indústria de produtos existem relevantes adaptações que se traduzem em interpretações mais complexas.

A componente **produtos** transpostada para a indústria dos serviços continua a ser o elemento central de uma estratégia de marketing, se um produto, que aqui é um serviço, é desenhado de forma deficiente, não vai criar valor mesmo que os restantes 6 Ps sejam bem desenvolvidos.

O planeamento do marketing começa por criar um conceito de valor que deve oferecer aos clientes a que se destina, e satisfazer as suas necessidades melhor do que os competidores conseguem. Trabalhar para transformar este conceito em realidade requer desenvolver, primeiro, um conceito do serviço central que satisfaz as necessidades do cliente, depois desenvolver um conjunto de suplementos que irão reforçar o valor do serviço ajudando o cliente a utilizar o serviço central de forma mais eficiente.

A **distribuição** do serviço pode envolver meios físicos ou eletrónicos, ou mesmo ambos, dependendo da natureza do serviço. As empresas podem entregar pessoalmente o serviço ao cliente final, ou podem fazê-lo através de intermediários. Para fazer chegar os elementos de um serviço ao cliente é necessário pensar: onde, quando, com que métodos e através de que meios o cliente vai ter acesso.

Assim como um produto, um serviço tem um **preço**, o valor inerente a um pagamento é um ponto fulcral da troca entre a empresa e o cliente.

Para os fornecedores, a estratégia de preço é o mecanismo financeiro através do qual o rendimento é gerado, para cobrir os custos da prestação do serviço e para criar um excedente que se traduz em lucro.

As estratégia de preço geralmente são dinâmicas, com os preços a serem ajustados ao longo do tempo, de acordo com determinados fatores como tipo de cliente, tempo, local de entrega, nível de requisição e capacidade disponível.

Por outro lado os clientes veem o preço como um custo que tem que incorrer para obter o serviço pretendido. Para determinar se um serviço trás benefícios os clientes também pensam em outros custos como tempo e esforço por isso mesmo, os marketers não

devem pensar apenas no preço que os clientes tem disponibilidade para pagar, mas também nos custos indiretos que os clientes podem incorrer e tentar, dentro do possível, minimizá-los.

Outra questão essencial em serviços é a **comunicação**. Nenhum projeto de marketing vai suceder sem comunicar com os clientes, esta componente desempenha um papel essencial a vários níveis: fornecer a informação necessária, persuadir os clientes alvo sobre as vantagens da marca, ou do serviço, e encorajar os clientes a determinadas atitudes em épocas específicas.

No marketing de serviços, muita da comunicação é de natureza educacional especialmente para novos clientes. Os fornecedores devem educar os clientes sobre os benefícios do serviço, onde e quando o podem obter, e como participar no processo para adequar os melhores resultados.

A comunicação pode apresentar-se de diferentes formas e geralmente, quando acompanhada de incentivos monetários servem para aumentar a procura na época baixa. (Lovelock e Wirtz, 2010)

## 1.2. Modelo da Qualidade dos Serviços

Por forma a desenvolver o marketing de serviços, a gestão do marketing necessita saber o que estes clientes procuram e o que eles mais valorizam numa relação com um prestador.

Durante muitos anos, muitas publicações sobre o marketing de serviços nada diziam sobre aquilo que os clientes da indústria dos serviços percebiam e avaliavam no âmbito da qualidade, permissa particularmente verdadeira na prestação de cuidados de saúde. Aquilo que era necessário era um modelo da qualidade do serviço, isto é, um modelo que diga como a qualidade de um serviço é percebida pelos clientes. Quando este modelo estiver disponível vai ser possível desenvolver e orientar os componentes de um serviço de forma correta, afirmava Gronroos (1984).

O termo qualidade do serviço é muitas vezes referido mas não é definido de forma a ajudar nas decisões de gestão. No passado, muitas vezes, a qualidade era referida como

se fosse uma variável por si mesma e não como o resultado de uma variedade de recursos e atividades.

Considerando os serviços como produtos em que o consumidor está muito mais intensamente envolvido no momento do processo de consumo, na interação entre o vendedor e o cliente, e na simultaneidade da produção e consumo, o consumidor irá encontrar um conjunto de fatores que irá avaliar. (*Gronroos, 1984*)

### 1.2.1. Modelo de Gronroos

Quando um cliente experimenta um serviço, existe um conjunto de fatores que influenciam a experiência e irão influenciar a sua avaliação, após o consumo, da qualidade do serviço que ele experimentou, ou seja, a qualidade percebida do serviço.

Consequentemente, é possível afirmar que a qualidade percebida de um serviço prestado será o resultado da avaliação de um processo, onde o consumidor compara as suas expectativas com o serviço que este percebe que recebeu.

O modelo de *Gronroos* estabelece que a qualidade do serviço é dependente de duas variáveis, as expectativas para o serviço e o serviço percebido.

Existe um conjunto de fatores que influenciam as expectativas do consumidor perante um prestador de serviço. Alguns derivam de atividades da própria empresa como as comuns atividades de marketing como seja a publicidade, apresentação nos pontos de venda, preço, entre outros, que podem ser utilizadas como uma forma de fazer promessas aos consumidores alvo, ou então experiências prévias com o serviço neste ou em outro prestador. Mas existem outros fatores mais difíceis de controlar por parte do prestador, como o *passa palavra*.

A percepção que o cliente tem sobre um serviço corresponde à qualidade percebida.

*Swan e Comb* sugerem que a performance de um produto pode ser subdividida em dois: a performance instrumental e a performance expressiva. Esta teoria é passível, com algumas adaptações, de ser transportada para a indústria dos serviços.

A performance instrumental de um produto corresponde à sua dimensão técnica. No contexto dos serviços pode ser o resultado técnico do processo de produção do serviço. Por exemplo, um problema médico foi resolvido num hospital, esta resolução é aquilo que fica com o cliente no final do processo de produção.

A performance expressiva é relativa à dimensão psicológica, que nos serviços corresponde à interação entre o vendedor e o cliente, que é resultado do contacto do consumidor com vários elementos presentes no local da prestação do serviço, durante o processo de produção do serviço.

Numa consulta hospitalar o utente contacta com o médico mas também com o enfermeiro, pessoal da receção, segurança, outros doentes além de elementos não humanos como condições da sala de espera, tempo de espera...tudo isto influencia a perceção do serviço e são fatores que se incluem na performance expressiva.

Swan e Comb argumentam que uma performance instrumental satisfatória, para um produto, é um pré requisito para a satisfação do consumidor mas não é suficiente. Se a performance expressiva do produto não é considerada satisfatória, o consumidor continua a sentir-se insatisfeito independentemente da satisfação derivada da performance instrumental.

Voltando ao exemplo da consulta hospitalar, o médico pode resolver o problema mas, se no final da consulta, o doente se perde dentro do hospital ou passa por corredores com utentes em camas a precisar de cuidados, a avaliação do serviço vai ser inevitavelmente negativamente influenciada.

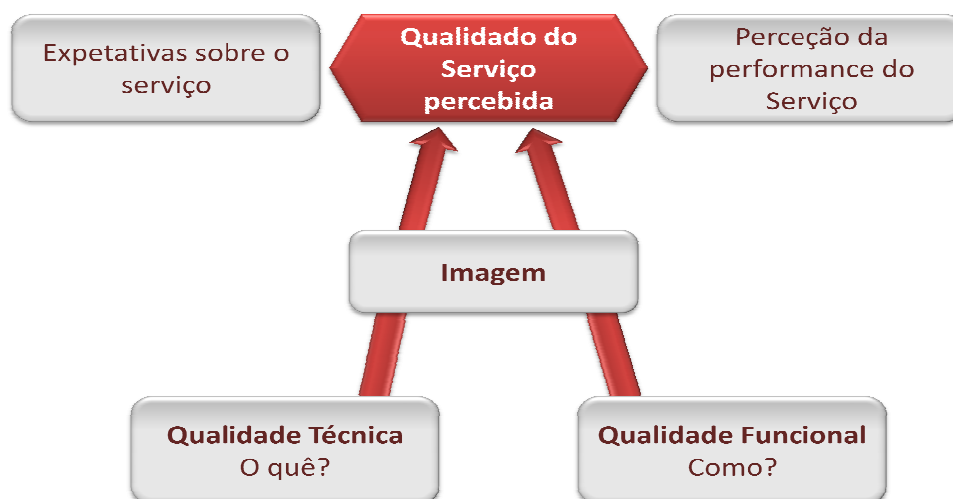
Temos duas dimensões da qualidade, que são relativamente diferentes em relação à sua natureza, a qualidade técnica responde à questão “o que o consumidor adquire?” – performance instrumental, e a qualidade funcional que responde à questão de “como o cliente adquire?” – performance expressiva.

Claramente a qualidade funcional não pode ser determinada de forma tão objetiva como a dimensão técnica. Um dos problemas é que a qualidade funcional é percebida de forma muito subjetiva. Mas no final, ambas as dimensões são consideradas e o serviço



percebido é comparado com o serviço esperado, expectável, e daqui resulta a qualidade do serviço percebida. (Ilustração 2)

**Ilustração 2 - Modelo da Qualidade dos Serviços (adaptado Groonros 1884).**



A Ilustração 2 inclui uma terceira dimensão da qualidade, a imagem corporativa, que poder ser vista como uma terceira variável no modelo da qualidade.

Na maioria das situações, os consumidores contactam com a empresa e com os seus recursos durante a interação prestador-consumidor. Por outro lado, a imagem corporativa, ou por vezes a imagem local, é dos elementos mais importantes para um prestador, as expetativas do consumidor são influenciadas pela visão que este tem da companhia, isto é, pela imagem.

A imagem corporativa é o resultado de como os consumidores percebem a empresa e resulta principalmente da qualidade técnica e funcional dos seus serviços. Também existem outros fatores, que influenciam a imagem, mas geralmente são menos importantes e podem ser divididos em dois tipos de fatores, os fatores externos, como a tradição, ideologia e o passa palavra e por outro lado, actividades habituais do marketing como publicidade, preço, relações públicas.

Quando uma empresa de serviços quer informar novos targets no mercado sobre a sua imagem todas as atividades de marketing tem um impacto nas expetativas dos consumidores, e uma campanha televisiva que transmite uma qualidade técnica e funcional superior à que de facto existe irá resultar num aumento das expetativas do

nível do serviço. Se o serviço percebido permanece num nível inferior, o intervalo entre a expectativa e a percepção vai aumentar o que pode originar um conflito, a empresa vai ter clientes desapontados que podem detiorar a imagem da empresa. Por outro lado, uma imagem forte, que se traduz na confiança que o cliente deposita na empresa, é especialmente útil para aumentar a tolerância do cliente face a eventuais falhas da empresa.

Casos de estudo informais levam o autor a concluir que a qualidade funcional é mais valorizada do que a qualidade técnica, por isso será um campo que a gestão do marketing deve prestar especial atenção, atendendo mais à interação entre o prestador e o cliente.

Gerir a qualidade percebida do serviço significa que a empresa tem que trabalhar a correspondência entre a expectativa do serviço e o serviço percebido para atingir a satisfação do cliente. (*Gronroos 1984*)

Em alguns serviços é mais difícil avaliar a qualidade técnica, nomeadamente nos serviços de saúde onde a competência técnica dos prestadores do serviço ou os resultados imediatos de um tratamento podem ser difíceis de avaliar para um utente. Dada a falta de competência, também pela assimetria de informação, os utentes centram a sua atenção em outros atributos associados ao processo como empatia e segurança. Uma boa imagem, ou uma imagem conhecida, é um ativo poderoso para qualquer empresa porque esta tem impacto na percepção do consumidor sobre a comunicação e a forma de trabalhar da empresa. (*Kang e James (2004)*)

### **1.2.2. Modelo Gap**

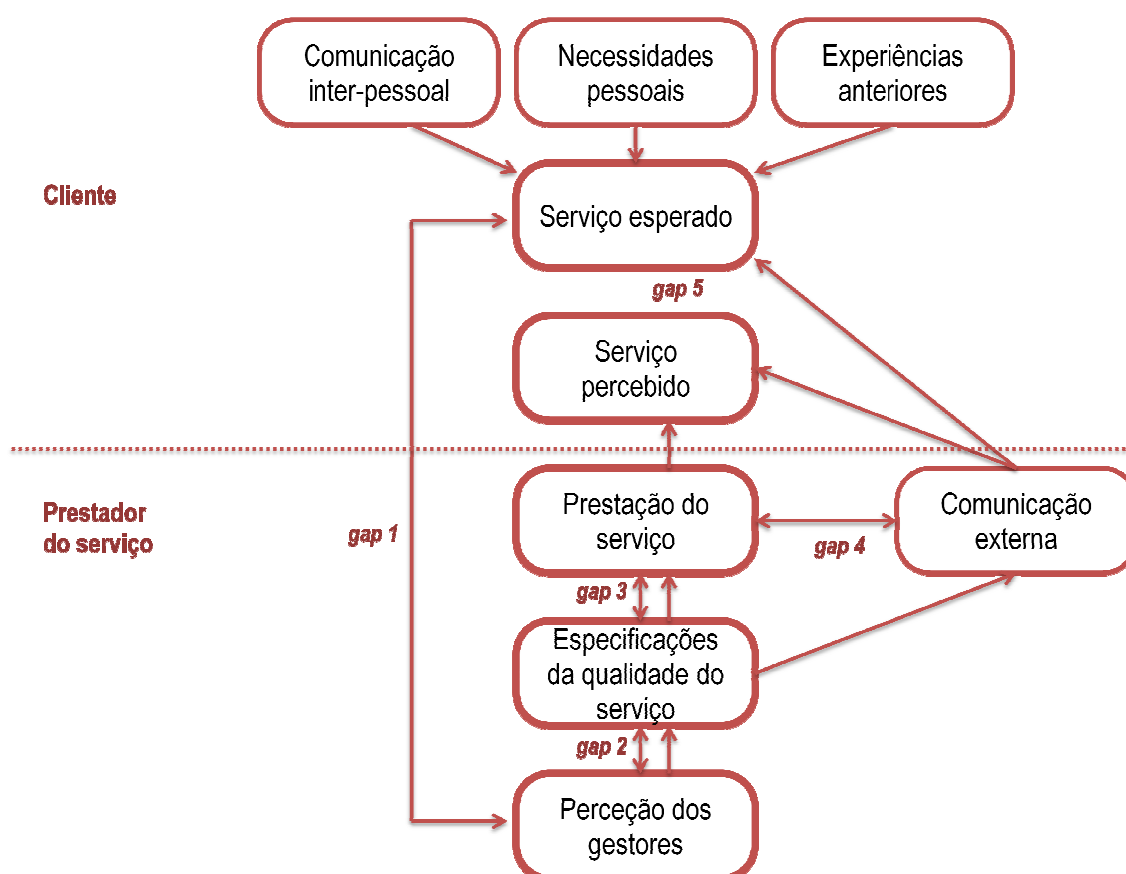
*Parasuraman et al. (1985)*, reconhece que a qualidade é um construto indiscreto e ilusivo e que os seus requisitos não são bem articulados pelos consumidores, porém a sua relevância é inegável.

Investigadores já associaram, à qualidade, repercussões a nível de quotas de mercado e retorno de investimento (*Anderson e Zeithaml, 1984*) assim como redução dos custos e melhoria da produtividade (*Garvin, 1983*).

*Lewis e Booms* (1983) afirmam que a qualidade do serviço consiste em entregar um serviço em conformidade com as expectativas dos consumidores de forma consistente.

*Parasuraman et al.* (1988), através de um conjunto de entrevistas, verificam uma unanimidade entre os entrevistados. Todos estes consideram que existe um conjunto de discrepâncias que vão para além da perceção dos elementos executivos sobre a qualidade do serviço e das tarefas envolvidas na entrega do serviço ao consumidor. Estas discrepâncias, denominadas gaps, podem ser um obstáculo quando uma empresa tenta atingir aquilo que um cliente considera ser um serviço de elevada qualidade. A Ilustração 3 resume aquilo que os elementos executivos e grupos entrevistados consideram que podem afetar a qualidade do serviço.

**Ilustração 3 - Modelo conceptual da Qualidade do Serviço (adaptado Parasuraman et al 1985).**



A chave é atingir ou ultrapassar as expectativas dos clientes. A avaliação depende da performance do serviço contextualizada sobre aquilo que o cliente está à espera.

**Gap 5 = expetativas do serviço - percepção do serviço**

Preposição: a qualidade que um consumidor percebe num serviço é função da magnitude e direção da discrepância entre as expetativas do consumidor e a sua percepção sobre o serviço. (Ilustração 4)

**Ilustração 4 - relação entre os Gaps da Teoria Gap.**



A qualidade do serviço percebida pelos consumidores depende da dimensão do gap 5 que, por sua vez, depende da natureza dos gaps associados ao design, marketing, e entrega dos serviços. (*Parasuraman et al. 1988*)

Esta equação (Ilustração 4) pode ser vista como contendo num dos membros o gap dos clientes, e no outro os gaps do marketing ou do prestador. Para minimizar o gap dos clientes os autores sugerem que é necessário aproximar outros 4 gaps que constituem os gaps dos prestadores:

- ✓ Gap1: não saber o que os clientes esperam;
- ✓ Gap2: não seleccionar o desenho e standard do serviço corretamente;
- ✓ Gap3: não entregar o serviço previamente desenhado ou standardizado;
- ✓ Gap4: não coincidir o desempenho com o prometido. (*Zeithaml et al. 2013*)

É importante notar que os gaps do lado do marketing da equação podem ser favoráveis ou desfavoráveis para a perspetiva da qualidade do serviço. O gap 3, por exemplo, pode ser favorável quando a entrega efetiva do serviço excede as expetativas, mas negativo se as especificações do serviço não são atingidas.

As expectativas muitas vezes baseiam-se naquilo que o cliente acredita que vai acontecer. Aproximar aquilo que o cliente espera daquilo que este percebe é fundamental para entregar um serviço de qualidade, esta é a permissão na qual se

desenvolve a teoria Gap: aproximar as expetativas das percepções, quando possível, superar as expetativas.

As fontes que constroem as expetativas dos consumidores são derivadas de fatores controlados pelo marketing como o preço, a comunicação, entre outros, mas também de fatores não controlados pelo marketing como as necessidades do cliente, o passa palavra, ofertas dos concorrentes. (*Parasuraman et al. 1985*)

**Gap 1 = expetativa do consumidor - percepção do gestor.** (*Parasuraman et al. 1988*)

É a diferença entre as expectativas do consumidor para o serviço e o que a organização entende que sejam essas expectativas.

Um dos motivos para não atingir as expetativas dos consumidores é o facto de muitas organizações não terem o pleno conhecimento ou consciência destas. Fatores como indisponibilidade para ouvir os clientes ou o foco apenas na aquisição de novos clientes são fatores que podem maximizar negativamente este gap. (*Zeithaml et al. 2013*)

A maioria das percepções dos executivos sobre o que os consumidores esperam num serviço de qualidade era congruente com as expetativas dos consumidores, mas existem discrepâncias. Os executivos podem, nem sempre, perceber que recursos os consumidores conotam com um serviço de elevada qualidade, que recursos o serviço deve possuir para atender às necessidades dos clientes, e que nível de performance é exigido a esses recursos. (*Parasuraman et al. 1988*)

**Gap 2 = percepção dos gestores - especificações da qualidade do serviço.** (*Parasuraman et al. 1988*)

Outro pré requisito para atingir um nível de qualidade superior é desenhar e desenvolver os standards do serviço da forma que estes sejam reflexo das percepções que foram apuradas.

Um tema recorrente nas companhias prestadoras de serviços é a dificuldade em traduzir as expetativas dos clientes em especificações da qualidade do serviço, que os colaboradores possam entender e executar. Estes problemas refletem-se no gap 2: a

diferença entre a organização entender as expectativas dos clientes e desenvolver um serviço dirigido. (Zeithaml et al. 2013)

**Gap 3 = especificações da qualidade do serviço - entrega do serviço.** (Parasuraman et al. 1988)

Uma vez que o serviço está bem desenhado e standardizado poderia parecer óbvio que a organização tem tudo para entregar um serviço de elevada qualidade. Esta permissão é verdadeira mas não é suficiente para entregar serviços excelentes. A empresa deve ter sistemas, processos e pessoas no local para garantir que a entrega do serviço corresponde ao desenho e standards pré estabelecidos.

Este gap reflete a discrepância entre o desenvolvimento de um serviço dirigido ao cliente e a performance efetiva pelos funcionários da companhia.

Mesmo quando as existem guidelines para um serviço bem executado, e para abordar os clientes corretamente, uma qualidade de alto nível não está garantida e este é outro ponto vulnerável que pode aumentar a discrepância entre expectativas e percepções. (Parasuraman et al. 1988)

**Gap 4 = entrega do serviço - comunicação externa.** (Parasuraman et al. 1988)

Este gap ilustra a diferença entre a entrega do serviço e a comunicação externa que foi feita deste.

A comunicação feita por uma organização prestadora de serviços, por diversos meios de comunicação, pode aumentar as expectativas dos consumidores. A discrepância entre o serviço efetivamente prestado e o prometido tem um efeito adverso neste gap.

Este gap reflete a discrepância entre o serviço que é efetivamente entregue e aquele que é comunicado externamente. As promessas feitas pela empresa através de anúncios nos média, das forças de vendas e outros meios de comunicação pode potenciar/elevar as expectativas dos clientes que vão servir de standard por oposição aquilo que os clientes tem acesso. É necessário uma uniformidade entre o que é comunicado e o que é prestado. (Zeithaml et al. 2013)

### 1.3. Instrumentos de Medida da Qualidade em Serviços

Uma estratégia de competitividade que as empresas adotaram desde os anos 80 foi a entrega de um nível de qualidade superior. Entregar um serviço de qualidade superior parece ser um pré-requisito para o sucesso se não for mesmo para a sobrevivência afirmava *Parasuraman et al.* (1988).

Ao contrário dos produtos, cuja qualidade pode ser contabilizada objetivamente pela durabilidade, número de defeitos (*Crosby*, (1979) e *Garvin*, (1983)) a qualidade do serviço é abstrata. (*Parasuraman et al.* 1985)

Os clientes não entendem a qualidade de forma unidimensional mas dependente de muitos fatores. A pesquisa de *Parasuraman et al.* 1985 identificou cinco dimensões da qualidade do serviço extensíveis a uma grande variedade de prestadores de serviços.

A qualidade do serviço resulta da avaliação que reflete a percepção dos consumidores relativamente a: fiabilidade, segurança, capacidade de resposta, empatia e elementos tangíveis.

A **Fiabilidade** representa a capacidade de prestar o serviço prometido de forma confiável e precisa. Cumprimento das promessas, e as promessas pode ser sobre a prestação de um serviço concreto, disponibilidade para o prestar, resolução de um problema. Os clientes estão interessados em organizações que conseguem cumprir as suas promessas de forma consistente, particularmente no que respeita aos outcomes do serviço e aos atributos centrais do serviço.

A **capacidade de resposta** é disponibilidade para ajudar os clientes e disponibilizar o serviço prontamente. Ter boa vontade para ajudar, esta dimensão enfatiza a importância da prontidão e atenção prestada no contacto com o cliente, com as suas questões, queixas e problemas. Esta é comunicada através do tempo que estes tem que aguardar para receber assistência, para ver as suas questões respondidas ou pela atenção que é dada aos seus problemas. Também traduz a flexibilidade para personalizar o serviço face às necessidades do cliente.

Para esta dimensão a empresa deve estar atenta ao desempenho pelos olhos dos consumidores e não pelos seus olhos, que geralmente está centrado na velocidade e prontidão ou com requisitos bastante diferentes dos olhos do cliente (exemplo: o tempo de espera para atender chamadas pode ser de dois segundos, mas se o cliente teve que esperar por um conjunto de instruções de uma caixa automática para chegar à conversa com a empresa, a percepção do cliente não será de dois segundos).

A **segurança** é transmitida pelo conhecimento e cortesia dos funcionários e a sua capacidade de inspirar confiança. Particularmente relevante quando os clientes entendem que o serviço em causa apresenta um alto risco ou quando existe uma grande assimetria de informação.

Muitas vezes esta dimensão é representada pela pessoa que está em contacto com o cliente e que representa a empresa para prestação do serviço, ou no nome que a empresa tem dada a notoriedade já conquistada.

A **empatia** é o cuidado e atenção individualizada prestada ao cliente. A essência da empatia é tratar os clientes de forma individualizada fazendo-os sentir únicos e especiais e que as suas necessidades são entendidas. Em pequenas empresas muitas vezes os colaboradores conhecem e tratam os clientes pelo nome e estabelecem relações que se traduzem no entendimento das suas necessidades e preferências.

Os **elementos tangíveis** compreendem os elementos físicos a que os clientes têm acesso, equipamentos, apresentação dos funcionários, materiais de apoio. É, de certa forma, a representação física do serviço. São particularmente importantes para clientes novos porque é a dimensão mais disponível que estes podem avaliar. (*Zeithamlet al. 2013*)

Estas cinco dimensões demonstram como os clientes organizam a informação relativa à qualidade do serviço. (*Parasuraman et al. 1988*)

### 1.3.1. SERVQUAL

Desde *Parasuraman et al. 1985*, que surge a ideia de que a qualidade do serviço, percebida pelos consumidores, resulta da comparação entre aquilo que eles pensam que



a empresa devia oferecer - as suas expetativas - com a sua percepção da performance da empresa na prestação do serviço.

A percepção da qualidade do serviço é posteriormente vista como resultado da discrepância entre as percepções e as expetativas dos consumidores.

O termo expetativas, utilizado na literatura da qualidade dos serviços, define os desejos e necessidades dos consumidores, isto é, aquilo que o consumidor considera que o prestador deveria oferecer em vez daquilo que ele poderia oferecer.

A escala Servqual traduz uma avaliação que incide nas cinco dimensões que os consumidores consideram relevantes em qualquer prestador de serviços (Tabela 2).

**Tabela 2 – As cinco dimensões da escala Servqual.**

<b>Dimensão</b>	<b>Descrição</b>
<b>Tangibilidade</b>	equipamento, apresentação do pessoal, instalações físicas
<b>Confiança</b>	capacidade de executar o serviço prometido de forma precisa e confiável
<b>Capacidade de resposta</b>	preocupação em ajudar os clientes e prestar prontamente o serviço
<b>Segurança</b>	conhecimento e cortesia dos funcionários e a sua capacidade de inspirar confiança
<b>Empatia</b>	cuidado, atenção individualizada que a empresa presta aos seus clientes

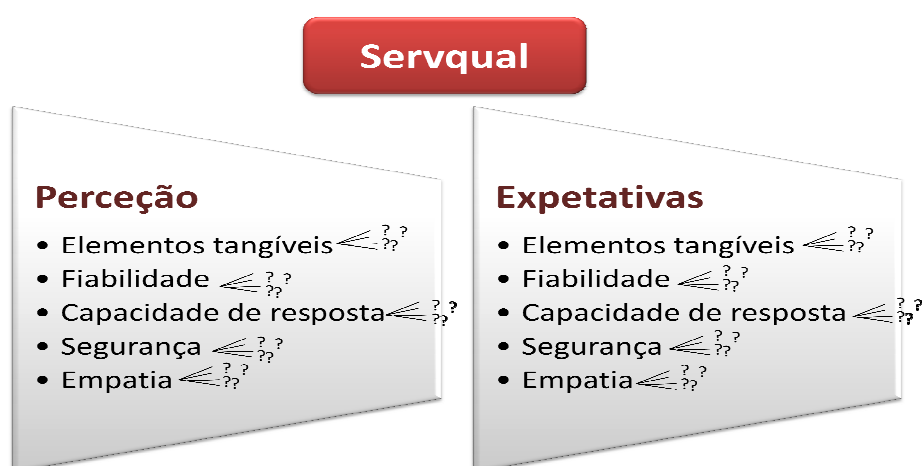
É difícil encontrar algum retalhista que não ofereça algum serviço, alguns retalhistas oferecem alguns serviços complementares como assistência pós-venda, entrega ao domicílio, outros vendem serviços diretamente ou serviços complementares e outros apenas vendem serviços. A qualidade do serviço é importante para estes três.

Existem muitos retalhistas, como as Farmácias, que disponibilizam produtos semelhantes e a qualidade do serviço pode ser uma vantagem competitiva, um ponto de diferenciação.

Servqual é uma escala de múltiplos itens que os retalhistas podem utilizar para entender melhor as expectativas do serviço, a percepção do consumidor, e como resultado melhorar o serviço.

Esta escala é dividida em duas partes, uma parte avalia as percepções do cliente e a outra avalia as suas expectativas face a este prestador de serviço, cada uma destas é constituída por 22 itens, sendo que cada 4 ou 5 itens representam uma das dimensões (Ilustração 9). (Parasuraman et al. 1988)

#### Ilustração 5 - Estrutura de um questionário Servqual.



A Escala Servqual operacionaliza a quantificação da qualidade do serviço como a diferença entre as expectativas do consumidor, "aquilo que eles querem", e as suas percepções, "aquilo que eles obtêm". Baseado nesta conceitualização e operacionalização os autores propõem uma escala de medição da qualidade denominada Servqual, através desta escala, quanto maior a pontuação resultante da percepção menos expectativas mais elevada será a qualidade do serviço. (Parasuraman et al. 1988)

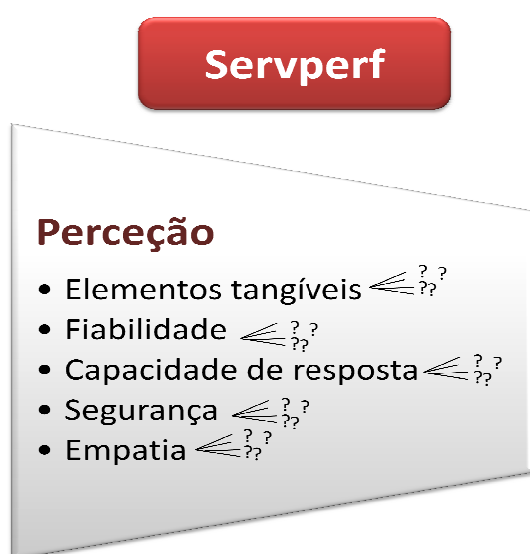
#### 1.3.2. SERVPERF

A escala Servperf, desenvolvida por Cronin e Taylor (1992), é uma das variantes mais importantes de Servqual, por ser baseada apenas na componente de percepção tem sido conceitualmente e metodologicamente posicionada como melhor do que Servqual que tem origem na Teoria Gap. (Jaine Gupta, 2004)

*Cronin e Taylor* (1992) demonstram evidências empíricas em quatro indústrias que corroboram a superioridade de Servperf como instrumento de medição, apenas baseado na percepção face à escala baseada na teoria Gap.

Uma vez que se baseia apenas na componente percepção é constituída por 22 itens e quanto maior a pontuação atribuída à percepção, numa escala de Likert, maior a qualidade do serviço. É por isso uma ferramenta mais simples que Servqual, apesar de ambas se basearem nas mesmas cinco dimensões. (Ilustração 10)

#### Ilustração 6 – Esquematização de um questionário Servperf.



#### 1.3.3. Análise Crítica

As maiores objeções à escala Servqual incluem: a utilização de pontuações que são subtraídas (baseado na Teoria Gap), o comprimento do questionário, e a validade das cinco dimensões em que o questionário se baseia. *Babakus e Boiler* (1992) *Cronin e Taylor* (1992) e *Teas* (1993).

Embora o recurso à subtração da pontuação das percepções pelas expectativas seja intuitivamente apelativa, a capacidade destas pontuações fornecerem informação adicional, além daquela que consta na componente de percepção, é duvidosa. *Babakus e Boiler* (1992)

Relativamente a problemas conceituais, teóricos e de medição associados à teoria Gap Teas 1993 e 1994, observa que uma pontuação igual a -1 pode ser obtida de através de seis combinações diferentes: p1e2, p2e3, p3e4, p4e5, p5e6, p6e7, onde “p” representa percepção e “e” expectativas, mas estas combinações não podem ser interpretadas como um mesmo nível de qualidade percebida e com as mesmas falhas.

A mesma escala também foi alvo de críticas dada à conceitualização e medição do termo e componente expectativas. Se por um lado a percepção é definida e mensurada de uma forma mais concreta, como a forma que os clientes entendem a experiência do serviço, as expectativas são sujeitas a múltiplas interpretações e já foi operacionalizada de diferentes formas.

Inicialmente *Parasuraman et al.* 1985 definem de forma semelhante a *Miller* (1977), como sendo os "desejos e vontades dos consumidores", o mesmo é dizer, aquilo que eles acham que um prestador do serviço deveria oferecer em vez do que poderia oferecer. Esta problemática baseia-se no facto de o termo expectativas ser utilizado de forma diferente na literatura relativa a qualidade dos serviços comparativamente à aplicada à satisfação do consumidor, onde é definida como uma predição de eventos futuros, ou seja, aquilo que os consumidores acham que o consumidor poderia oferecer. Confrontados com a problemática *Parasuraman et al.* (1994), reformulam o conceito apresentando como "aquilo que os consumidores devem esperar perante um serviço de excelência". A problemática em torno deste conceito fez muitos autores reclamarem por uma escala mais precisa *Babakus e Boiler* (1992), *Carman* (1990), *Bolton e Drew* (1991a)

A escala Servperf representa uma evolução significativa face a Servqual. Não só é uma escala mais eficiente, reduzindo os itens em 50%, mas também é empiricamente descrita como superior, por ser capaz de explicar melhor as variações da medição global da qualidade do serviço através da utilização de um item singular da escala. Isto explica o apoio considerável que a escala recebeu ao longo do tempo. *Babakus e Boiler* (1992), *Bolton e Drew* (1991b)

*Jain e Gupta* (2004) concluem que quando se quer determinar o nível de qualidade de um serviço se deve utilizar o Servperf bem como quando se quer avaliar e comparar a

qualidade do serviço ao longo do tempo. Mas, quando se pretende encontrar falhas na prestação do serviço para posterior intervenção deve recorrer-se à escala Servqual porque tem maior poder de diagnóstico.

### **1.4. Qualidade nos Serviços de Saúde**

Em termos gerais qualidade consiste "na habilidade para atingir os objetivos desejados através de meios legítimos, geralmente o objetivo é atingir um estado de saúde que consiste na melhoria da condição física ou fisiológica".

Para determinar a qualidade dos cuidados, os conceitos e definições genéricos de qualidade devem ser traduzidos, da forma mais fiel possível, em critérios específicos, normas e standards que especificam e calibram os atributos relevantes da estrutura, do processo e do resultado. (*Donabedian* 1988)

A Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (*Saturno et al*, 1990 citado em PNS 2011/16). Implica ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível. (PNS 2011/16)

A perceção da qualidade de um serviço tem uma forte influência para os utentes evitarem um prestador de serviços de saúde. Aumentar o acesso ou diminuir custos para o utente não terá impacto significativo se a confiança do utente nos cuidados de saúde for reduzida.

Nos cuidados e saúde, historicamente, os standards de qualidade foram delineados pela classe médica que definiram a qualidade baseada no resultado da intervenção técnica. Literatura mais recente, enfatiza a importância da perspectiva do utente.

Os doentes sempre tiveram cuidado em selecionar o prestador tentando optar por aquele que acreditam que vai curar o seu problema, que não os vai lesar, e que não vai ser muito caro. Para fazer as suas escolhas baseam-se na sua experiência mas, cada vez mais em indicadores de qualidade publicados, como UK League tables.

As expectativas dos clientes tem vindo a alterar e a aumentar para os serviços de saúde como para um bem de consumo. Quem paga pelos cuidados de saúde começa a demonstrar uma preocupação no aumento da despesa em cuidados de saúde sem correspondência em resultados. (*Ovretveit, 2000*)

Atualmente procura-se encontrar formas de realizar os cuidados de forma mais custo efetiva, antigamente a preocupação centrava-se em conter os custos, agora salientasse o aumento da qualidade e dos resultados positivos dos cuidados. A preocupação da qualidade tem traduções práticas como a criação do Instituto Nacional para a Excelência Clínica (NICE) no Reino Unido que se dedica a analisar o custo efetividade de novos medicamentos e tratamentos. (*Ferlie e Shortell 2001*)

Os requisitos ou os fatores que influenciam a prestação de um serviço de qualidade, identificados no PNS 2011-2016, incluem algumas especificidades do setor da saúde mas, outros podem ser considerados transversais a qualquer prestador de serviço:

- as Normas de Orientação Clínica que permitem a prática clínica mais sustentada na evidência científica atualmente disponível;
- otimização de recursos com difusão dos procedimentos mais custo efetivos;
- a estrutura física, particularmente a arquitetura e o ambiente: o acesso, a sinalética, ruídos, privacidade. São identificados como fatores que podem contribuir positivamente para o processo de recuperação, melhorando a satisfação dos utentes e profissionais;
- planeamento de recursos humanos adequado às necessidades;
- generalizar a cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do sistema;
- avaliações críticas dirigidas ao impacto das mudanças.

Reflexo do reconhecimento da importância desta temática na área da saúde é também a variedade de organizações, documentações que surge desde 2005 como seja o Departamento da Qualidade na Saúde, o acordo na área da qualidade na saúde, Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, o Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde bem como novas responsabilidades atribuídas a instituições já existentes como o Infarmed na área do medicamento, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge na avaliação externa da qualidade laboratorial. PNS 2011/16

O investimento em qualidade pelos serviços de saúde reflete-se também pela forma como o tema é abordado nos sucessivos PNS, por exemplo, nas afirmações que constam do PNS de 2004-2010 era possível ler "a situação atual quanto à qualidade em saúde, identifica uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde" em 2011-2016 "a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacional e foi também assumido que o seja no PNS 2011-2016".

#### **1.4.1. Estudos de avaliação da qualidade em Serviços de Saúde**

*Duarte et al.* (2009) desenvolvem um trabalho onde foram abordadas essencialmente duas questões, por um lado o grau de reconhecimento e da responsabilidade social das farmácias por parte dos farmacêuticos mas também dos utentes, a segunda questão visa essencialmente determinar até que ponto a identidade das farmácias apresenta uma dimensão social.

Os resultados demonstram que os farmacêuticos perfilham valores de profissionalismo, coletivismo e realização, e as farmácias identificam-se com o lema de promoção da saúde e não tanto pela dispensa de medicamentos. Apesar de estas consistirem em negócios existem duas lógicas distintas: uma de sistema organizado para competir no mercado e outra de espaço profissional ao serviço da comunidade.

De acordo com este estudo os farmacêuticos caracterizam o desempenho das respetivas farmácias como sendo elevado, mas ainda com bastante margem de progressão. O resultado mais relevante é a reputação percebida, uma vez que esta é a variável considerada, pelos inquiridos, como a que apresenta maior relacionamento com o desempenho das farmácias e o seu valor é de 4,4 num máximo de 5.

Abordando a participação das farmácias na comunidade, mais concretamente a participação das farmácias em estruturas e em programas de intervenção na comunidade verificasse um investimento superior 1500€ por farmácia sendo este valor fruto de investimento direto ou investimento em formação inerente à sua realização.

Relativamente aos clientes estes apontam as farmácias como estabelecimentos de qualidade muito positiva, superior a outras entidades prestadoras de cuidados de saúde

como centros de saúde, hospitais ou consultórios. A relação destes com os profissionais de saúde que encontram nas farmácias revelam ser de forte confiança e sentido de personalização, mas não tão boa quanto à antecipação das necessidades. Na prática, 80% dos clientes inquiridos afirmam ter recorrido ao aconselhamento farmacêutico nos últimos seis meses e 50% revela ter evitado pelo menos uma consulta médica após o aconselhamento farmacêutico.

O fator que os clientes mais destacam nas farmácias, considerando que mais contribui para a sua satisfação, é a qualidade que aqui foi avaliada tendo em conta a perceção do nível de qualidade prestado pela farmácia, com particular destaque para elementos tangíveis do serviço e a disponibilidade do produto através de entrevistas exploratórias a clientes e baseadas nas contribuições de *Schneider et al* 1998 e *Liao e Chuan* 2004, numa escala de zero a cinco. Os clientes também destacam a contribuição que as farmácias tem na sociedade e a confiança estabelecida com os profissionais que aqui operam. *Duarte et al.* (2009)

*Ferreira* (2009), na sequência de uma tese de Mestrado faz uma avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias Comunitárias utilizando a metodologia Servqual que, como já abordada, quantifica as expectativas e as perceções dos utentes.

Na componente expectativas a autora constatou expectativas muito elevadas uma vez que mais de 50% dos inquiridos atribuem a pontuação máxima há maioria dos itens apresentados, nomeadamente no que concerne à capacidade e ao dever da Farmácia garantir a ausência de erros. Os itens para os quais as expectativas não são tão elevadas estão relacionados com a dimensão respeitante aos elementos tangíveis.

No que concerne às perceções as conclusões são similares. As perceções são elevadas e a pontuação atribuída, mais de 50% das respostas com pontuação máxima, revelam que os utentes confiam nos funcionários da farmácia, sentem segurança em utilizar os serviços e que os funcionários da Farmácia são amáveis.

Sendo que, 15 dos 22 itens analisados registam um valor médio de perceções inferior a 6 mas superior a 5, a autora conclui que os utentes apresentam perceções globais bastante positivas dos serviços prestados pelas farmácias.



Relativamente à avaliação da qualidade propriamente dita, os valores registados, quer para as expetativas quer para as perceções, são igualmente elevados mas, as perceções apresentam geralmente valores inferiores. A autora defende que este facto não coloca em causa a qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias uma vez que o valor médio global para as expetativas é muito elevado, 6,21, e por isso difícil de ultrapassar.

O valor médio global das perceções é muito próximo, 5,86, e muito elevado para concluir que os serviços prestados pelas farmácias sejam de qualidade inferior. Antes conclui que os gaps negativos significam que os serviços não conseguem corresponder às expetativas dos clientes.

Os itens que mais contribuem para este gap negativo, dentro das dimensões mais valorizadas pelos utentes - fiabilidade e segurança- estão relacionados com a capacidade de cumprir o que prometem relativamente a conteúdo e prazos, à capacidade e atenção atribuída na resolução de problemas e há ocorrência de erros durante a prestação do serviço.

No que respeita à segurança, surge o grau de segurança que os utentes sentem na interação com a farmácia e o apoio por parte da entidade patronal aos funcionários evidenciando assim a necessidade de maior investimento em formação e partilha de conhecimentos.

Neste estudo também foi abordada o grau de importância de cada uma das dimensões da escala servqual, e a dimensão que regista menor importância são os elementos tangíveis por oposição à fiabilidade e segurança. Estes resultados são consistentes com os resultados obtidos na componente expetativas e estão em concordância com *Parasuraman et al.* 1991a onde se constata que a maioria dos clientes avalia a fiabilidade como a dimensão mais relevante e os elementos tangíveis como a dimensão menos relevante. *Ferreira (2009)*

*Ferreira e Raposo (2006)* começam por apresentar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde como uma forma de democratizar a saúde e cujo produto tem valor como medida de efetividade clínica e eficiência económica.

O artigo, baseado no estudo Europep (instrumento de medição da satisfação dos utentes da prática da medicina geral e familiar na Europa) apresenta uma proposta de classificação dos centros de saúde de acordo com a avaliação que os seus utilizadores fazem da qualidade dos serviços.

Os indicadores utilizados agrupam-se em cinco áreas:

- a relação e comunicação entre o médico e o utilizador;
- os cuidados médicos prestados;
- a informação e apoio fornecidos;
- a continuidade dos cuidados e a cooperação entre cuidados primários e hospitalares;
- organização dos serviços no centro de saúde.

Neste artigo a avaliação da qualidade é expressa em satisfação que os utentes têm face aos cuidados de saúde prestados.

Os maiores níveis de satisfação registados correspondem à prestação do médico de família, concretamente, na relação e comunicação que conseguem manter 67,6%, informação e apoio recebido 59,5% e a qualidade dos cuidados prestados 59,3%. Por oposição surge a organização dos serviços que regista maior insatisfação 42,8%.

O estudo conclui que estas avaliações são de extrema importância para detetar falhas e determinar quais os pontos a melhorar e acompanhar a evolução da qualidade dos serviços. (*Ferreira e Raposo 2006*)

*Pereira et al. (2001)* desenvolvem um estudo exploratório sobre a relação entre as atitudes face aos médicos e a satisfação do utente. A satisfação aqui é apresentada como uma das dimensões dos serviços de saúde que deve ser mensurada quando se pretende avaliar a qualidade dos serviços.

Os utentes apresentam opiniões muito diferentes sobre aspetos diferentes dos cuidados de saúde, mas sempre tendo presente dois aspetos fundamentais: o aspeto técnico do serviço de saúde e o aspeto humano ou interpessoal do cuidado, também denominado de "arte do cuidar". Estudos tem demonstrado que um maior nível de satisfação está associado a uma maior adesão à terapêutica, relação de continuidade da relação com o

profissional de saúde e um melhor estado de saúde (*Fitzpatrick (1997) e Leventhal et al. (1984)*).

Concretamente nos cuidados de saúde *Roter (1989)* fez uma meta análise de 41 estudos, onde é analisado o comportamento dos médicos e satisfação dos utentes, e conclui que o fator com maior impacto na satisfação do utente era o fornecimento de informação relativa ao seu problema e ao seu tratamento, por parte do prestador, outro aspeto com considerável impacto é a forma como a informação é transmitida, a empatia e a compreensão demonstrada denominada de abordagem colaborativa.

## 2. Metodologia

Esta tese de Mestrado desenvolve-se no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde e por isso o tema aqui tratado é uma aplicação e desenvolvimento de conhecimentos adquiridos ao longo do mesmo, nomeadamente na unidade curricular de Estratégia e Marketing de Serviços de Saúde, por outro lado, o alvo do estudo, as farmácias, é uma área com particular interesse para a aluna que é Farmacêutica.

O tema e o alvo aqui em análise foi tratado em 2009, por *Ferreira* (2009), no entanto, fruto das várias mudanças que este setor tem atravessado ao longo destes anos a pertinência deste estudo é elevada no sentido de avaliar também a evolução que o setor sofreu.

Segundo *Hill e Hill* (2005), este trabalho pode ser classificado, quanto a tipo de estudo como sendo uma melhoria de um trabalho publicado na literatura, onde o objetivo geral é o mesmo mas existem diferenças a outros níveis como nos métodos de investigação utilizados, na amostragem e/ou métodos para analisar os dados.

Avaliar consiste, no sentido geral, em atribuir, em quantificar algo (*Uchimura e Bosi*, (2002)). Quando aplicado concretamente a serviços recorre-se à utilização de "*procedimentos que, apoiados no uso de métodos científicos, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente a julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável*". (Aguiar e Ander-Egg 1994 p23 citado em *Uchimura e Bosi* 2002)

Segundo *Vilelas* (2009) os estudos podem ser classificados quanto ao objetivo geral, modo de abordagem e procedimentos técnicos.

Os estudos, quanto ao objetivo geral podem ser classificados como descritivos, correlacionais ou exploratórios.

Os estudos descritivos visam conhecer determinada população ou fenómeno através das suas características ou de relações entre variáveis, desta forma permitem aumentar a informação disponível relativa ao alvo do estudo. As principais vantagens são: não apresenta custos significativos, são relativamente fáceis de executar e são

tendencialmente realistas, por outro lado, nem sempre é possível obter todos os dados necessários e por isso a inferência estatística é limitada pela representatividade da amostra.

Os estudos correlacionais visam determinar as relações entre as variáveis em estudo. O objetivo é quantificar a relação entre variáveis para, posteriormente, estabelecer relações complexas entre estas e extrair dados relativos a um dado problema.

Os estudos exploratórios apresentam como tema de estudo algo pouco estudado ou que nunca foi abordado, e se já foi abordado ainda persistem muitas dúvidas, desta forma aumentam a informação disponível sobre temas relativamente desconhecidos.

Quanto aos procedimentos técnicos os estudos podem ser classificados como: estudos bibliográficos, estudos experimentais, estudos etnográficos, estudos históricos, inquéritos, pós-facto, transversais.

## **2.1.Contexto de Investigação**

A Farmácia Comunitária, geralmente denominada simplesmente de Farmácia, concede aos utentes um acesso privilegiado à saúde porque permite um fácil acesso a um profissional de saúde. Por outro lado, estas disponibilizam profissionais dotados academicamente de formação profissional que os capacita para intervenção ao nível da prevenção da doença, aconselhamento e monitorização da terapêutica para atingir os efeitos terapêuticos e resultados clínicos desejados e reduzir efeitos adversos. (*Gregório e Lapão, 2012*)

As farmácias comunitárias empregam cerca de 2/3 dos farmacêuticos além de técnicos de farmácia e auxiliares de farmácia. Desde 2005 que as farmácias apresentam um número médio de farmacêuticos por farmácia superior a 2, apresentando cada farmácia uma média de 6 funcionários. (*Gregório e Lapão, 2012*)

O aumento sólido do número de farmacêuticos juntamente com a legislação que estabelece a instalação de farmácias proporciona uma distribuição homogênea destes estabelecimentos promovendo desta forma a equidade no acesso a este serviço de saúde e a estes prestadores de cuidados de saúde. (*Rodrigues et al. 2007*) Aqui Portugal,

apresenta um resultado superior à media da OCDE estando acima de países como Holanda, Reino Unido ou Alemanha. (*Gregório e Lapão, 2012*)

A principal fonte de receita de uma farmácia são as margens de lucro nos medicamentos sujeitos a receita médica as quais, desde o Decreto Lei (DL) 112/2011 apresentavam uma margem regressiva face ao preço do medicamento, até que no corrente ano surge o DL 19/2014 de 5 de Fevereiro que vem apresentar uma componente fixa na margem de lucro da farmácia mais uma componente variável que consiste numa percentagem do valor do preço de venda do armazenista (PVA). Ambas as componentes estão estabelecidas de acordo com o escalão a que o medicamento pertence, escalões estes também baseados no PVA. (DL 19/2014 de 5 de Fevereiro)

Dado o significado da atividade desenvolvida e o enorme interesse público, este setor encontra-se fortemente regulamentado. Por outro lado, a entrada de Portugal na União Europeia levou, consequentemente, à transposição das diretivas europeias o que se repercutiu a nível do desenvolvimento de boas práticas de exercício, de normas relativas à qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos.

Particularmente em Portugal, este setor tem sofrido várias intervenções legislativas que tem vindo a afetar, direta ou indiretamente, os seus lucros. A destacar, a venda de medicamentos fora das Farmácias, mais concretamente a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) nos novos espaços de venda de medicamentos não sujeito a receita médica, vulgarmente denominados de parafarmácias. (DL 134/2005 de 14 de Setembro)

## **2.2.Objetivos**

O objetivo geral deste estudo é avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias e para tal, e de acordo com a informação recolhida aquando da análise bibliográfica, recorre-se à metodologia Servperf como instrumento de medida que mensura a perceção que os clientes tem da qualidade do serviço prestado nas suas cinco dimensões mais relevantes. A este objetivo geral acrescem outros como:

- Determinar se fatores como o nível de escolaridade, ou a fidelização tem impacto na perceção que os utentes tem da qualidade dos serviços prestados;

- Verificar a concordância, ou não, entre as percepções do utentes e dos prestadores do serviço;
- Observar o sentido de evolução da qualidade dos serviços prestados pelas farmácias, por comparação com o trabalho de *Ferreira* (2009)

### **2.3. Metodologia utilizada**

Considerando o descrito anteriormente, no início deste capítulo, este estudo deve ser classificado, quando ao objetivo geral do tipo descritivo e quanto ao modo de abordagem do tipo quantitativo.

Atendendo à informação já descrita na análise bibliográfica optou-se por recorrer à metodologia Servperf e desta forma avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias através da análise das percepções dos clientes. Desta forma, quanto ao procedimento técnico, este estudo recorre a um inquérito.

### **2.4. População e amostra em estudo**

Como qualquer investigação empírica, na ausência de dados é necessário criar uma base de dados, sendo a população em estudo os utentes das Farmácias comunitárias portuguesas e dada a dimensão e inviabilidade de inquirir toda a população a base de dados foi criada com base numa amostra significativa desta população.

Apesar de a análise ser uma análise por conveniência, na tentativa de recolher dados o mais próximos da realidade possível foi solicitada a colaboração de Farmácias comunitárias na distribuição dos inquéritos para assim conseguir chegar a uma amostra significativa e representativa do público deste prestador de serviços. No total, foi conseguida a colaboração de 184 farmácias, sendo cerca de 160 delas fruto de uma colaboração com o grupo Holon.

As Farmácias colaboradoras foram seleccionadas de forma aleatória e contactadas através de telefone, email ou visita pessoal onde era disponibilizado um resumo dos objetivos do estudo com uma proposta de colaboração (Anexo I) e um exemplar do inquérito. Foram feitos contactos de Norte a Sul, dentro das Farmácias com

disponibilidade para colaborar foi solicitado que a distribuição dos inquéritos fosse o mais aleatória possível de acordo com a disponibilidade da Farmácia.

Por outro lado, o inquérito também foi disponibilizado online no sentido de aumentar a dimensão da amostra e de chegar aos utentes de Farmácias que não estavam disponíveis para colaborar dado o “elavado volume de trabalho já existente”, afirmação que faz suspeitar de um, eventual, menor nível de qualidade dos serviços prestados.

## 2.5. Variáveis e hipóteses

O objetivo, as questões de investigação e as hipóteses decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico ou concetual. *Fortin* (2009)

O objetivo geral deste estudo é avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias, tendo-se recorrido para esse efeito à metodologia Servperf como indica a tabela seguinte:

**Tabela 3 - Identificação da variáveis em estudo.**

Estrutura	Variável	Descrição
Parte I	Género	Dados sóciodemográficos
Parte I	Idade	Dados sóciodemográficos
Parte I	Nível de escolaridade	Dados sóciodemográficos
Parte I	Situação Profissional	Dados sóciodemográficos
Parte I	Fidelização	Outros
Parte II	Elementos tangíveis	Escala Servperf
Parte II	Fiabilidade	Escala Servperf
Parte II	Capacidade de resposta	Escala Servperf
Parte II	Segurança	Escala Servperf
Parte II	Empatia	Escala Servperf

Em relação às variáveis em estudo, na parte II, que consistem na perceção da qualidade dos serviços, esta foi analisada do ponto de vista dos clientes através da colaboração dos utentes mas também do ponto de vista dos prestadores através da colaboração dos funcionários de farmácias.



As hipóteses tem em consideração as variáveis chave e a população alvo, cada hipótese é como um enunciado que antecipa relações entre variáveis que serão posteriormente testadas empiricamente. Estas vão influenciar o desenho da investigação, os métodos de colheita de dados bem como a interpretação dos resultados. (Fortin 2009)

As hipóteses do estudo são descritas em seguida:

H1: as características dos consumidores influenciam significativamente a perceção da qualidade dos serviços

H1.1: a perceção da qualidade do serviço varia de acordo com o género do utente;

H1.2: a perceção da qualidade do serviço varia com a idade do utente;

H1.3: a perceção da qualidade do serviço varia com o nível de escolaridade do utente;

H1.4: a perceção da qualidade do serviço varia com a situação profissional dos utentes;

H1.5: a perceção da qualidade do serviço varia com o grau de fidelização dos utentes;

H2: a perceção dos utentes é significativamente diferente da perceção dos prestadores:

H2.1: os utentes e os prestadores apresentam perceções diferentes a nível da dimensão elementos tangíveis;

H2.2: os utentes e os prestadores apresentam perceções diferentes a nível da dimensão fiabilidade;

H2.3: os utentes e os prestadores apresentam perceções diferentes a nível da dimensão capacidade de resposta;

H2.4: os utentes e os prestadores apresentam perceções diferentes a nível da dimensão segurança;

H2.5: os utentes e os prestadores apresentam perceções diferentes a nível da dimensão empatia.

H2.6: os utentes e os prestadores apresentam perceções diferentes a nível da qualidade geral dos serviços prestados pelas farmácias comunitárias.

H3: a perceção dos utentes em 2014 é significativamente diferente de 2009.

## 2.6. Questionário

Uma vez que este estudo se baseia na aplicação de um questionário já existente, necessitando este apenas de adaptações ao contexto específico do prestador de serviços em análise, foi feito um estudo pré-teste com recurso a uma pequena amostra no sentido de averiguar a relevância, clareza e compreensão das questões aplicadas. (Hill 2012) Esta pequena amostra, composta por 17 pessoas, foi constituída maioritariamente por utentes mas também por prestadores de cuidados de saúde que opinaram sobre a relevância e clareza da primeira versão deste inquérito (Anexo II).

Numa primeira abordagem o inquérito foi aplicado a profissionais de saúde Farmacêuticos que exercem a sua atividade profissional em farmácias comunitárias, o fundamento e significado das questões foi explicado e discutido. De seguida, o questionário foi aplicado a doze utentes, alguns individualmente outros em grupo mas sempre com seguimento no sentido de detetar as questões ou expressões que desencadeavam mais dúvidas. Estes procedimentos foram baseados nas orientações de Hill e Hill (2005).

Consequentemente foi feita uma análise estatística da validade e fiabilidade do questionário pré-teste, e foram feitas algumas alterações de índole gramatical, resultantes da participação dos 17 voluntários. Estas alterações permitiram simplificar ainda mais o vocabulário utilizado no questionário por forma de aumentar a sua compreensão por parte da variedade de público, com diferentes níveis de literacia, que iria responder a este, surgindo desta forma o inquérito final (Anexo III) utilizado na recolha de dados.

É necessário garantir uma fiabilidade adequada mas não é suficiente para garantir uma validade igualmente adequada. Uma medida tem validade se for uma medida da variável que o investigador pretende medir. (Hill e Hill 2005)

O questionário é constituído por 3 secções:

- a introdução, onde se explica a ambição e o objetivo do estudo;
- uma secção dedicada à recolha de características dos utentes, para posteriormente proceder à caracterização da amostra,

- e a última secção que corresponde ao questionário propriamente dito resultante da adaptação da metodologia Servperf.

A introdução foi cuidadosamente elaborada seguindo as indicações de *Hill e Hill (2012)* onde, num texto sucinto e simples, foi explicada a natureza e o objetivo do questionário de forma a promover a intenção de colaboração realçando o reduzido tempo necessário para o seu preenchimento e outras informações como a natureza e razão da aplicação do questionário, o nome da instituição de ensino no âmbito do qual este trabalho está a ser desenvolvido bem como uma referência à confidencialidade das respostas e anonimato dos questionários.

Particular atenção foi também dada ao *layout* do questionário com o intuito de transmitir uma primeira boa impressão, um aspeto formal e atraente. O questionário foi trabalhado no sentido de ocupar apenas uma folha, duas páginas, e assim evitar páginas perdidas mas com o cuidado de não afetar a legibilidade do texto e facilitar o preenchimento do mesmo. As instruções de preenchimento também foram fornecidas de forma clara e sucinta, quando necessária e nas respetivas secções.

### 3. Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo é efetuada a apresentação e análise dos resultados obtidos neste estudo que pretende avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias Comunitárias, através da análise da perceção que os utentes têm destas, mas também uma comparação com a perceção que os prestadores deste serviço têm.

O tratamento estatístico foi efetuado com recurso à base de dados SPSS (versão 21) onde os resultados obtidos foram introduzidos e inicialmente sujeitos a uma análise da fiabilidade e validade do questionário utilizado.

Posteriormente procedeu-se à caracterização da amostra e análise das frequências relativas e absolutas das variáveis, sendo estas descritas através de medidas de tendência central: frequências absolutas, relativas e médias; e medida de dispersão: desvio padrão.

A análise correlacional é efetuada recorrendo ao método de estatística paramétrica, uma vez que a dimensão da amostra é superior a 110, ou seja, superior a 30, e segundo o teorema do limite central é possível assumir que a distribuição das médias segue uma distribuição normal. O nível de significância considerado em toda a análise correlacional é de 0.05.

#### 3.1. Fiabilidade e Validade do Instrumento de Medida

De acordo com *Hill e Hill* (2009) a análise da fiabilidade de um questionário é essencial porque não é possível emitir qualquer conclusão através d eum instrumento que não é fiável. Esta referência bibliográfica apresenta o coeficiente *Alpha de Cronbach* como o método mais utilizado para averiguar a consistência interna – homogeneidade dos itens – de um conjunto de variáveis, e na análise da fiabilidade, ou seja, os valores obtidos não apresentam erros.

Este coeficiente é, segundo *Fortin* (2000), muito utilizado para estudar a consistência interna de um instrumento de medida que se baseia na escala de Likert.

O valor do coeficiente *Alpha de Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, o valor do coeficiente, melhor é a consistência interna dos fatores. Para valores superiores a 0,7 a consistência interna é considerada razoável.

Para Pascoal, citado em Vilelas (2009), a validade de um instrumento de medida permitem concluir que este é constituído pelos itens que abrangem e representam adequadamente o que se quer medir. Existem muitos testes estatísticos que se podem empregar, mas o processo mais utilizado é a análise fatorial.

A análise fatorial consiste num conjunto de técnicas estatísticas que procuram determinar correlações entre as variáveis com o objetivos de destacar fatores que expliquem estas correlações. (Pestana e Gageiro, 2005).

O teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) é uma técnica estatística que varia entre 0 e 1, este valores indicam a proporção da variabilidade dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Quanto mais reduzidas são as correlações parciais, mais próximo de 1 é o valor de KMO, o que significa que os dados são adequados para uma análise fatorial.

O teste de *Bartlett*, tal como o teste KMO, é também um procedimento estatístico que permite aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, mas o teste de *Bartlett* é utilizado para avaliar a sua significância.

Considerando as variáveis em estudo efetuou-se uma análise da fiabilidade e validade das cinco dimensões que constituem o instrumento de medida utilizado, a escala Servperf. (Tabela 4)

**Tabela 4 - Valores de Alpha de Cronbach, KMO e teste de Bartlett (Sig.).**

	Fator <i>Alpha de Cronbach</i>	KMO	Sig.
Elementos tangíveis	0.814	0.742	<0.001
Fiabilidade	0.846	0.866	<0.001
Capacidade de resposta	0.725	0.634	<0.001
Segurança	0.703	0.601	<0.001
Empatia	0.704	0.811	<0.001

Analisando a tabela 4 é possível concluir que a escala Servperf apresenta uma consistência interna razoável uma vez que os valores de *Alpha de Cronbach* são superiores a 0,7 em todas as dimensões.

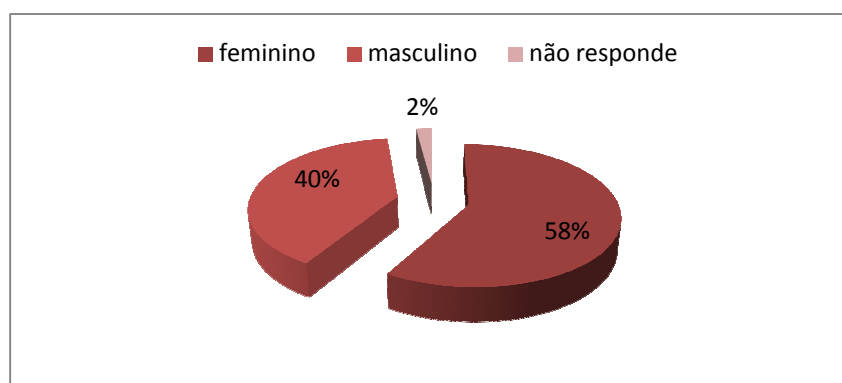
Relativamente ao KMO, os valores variam entre 0.6 e 0.9, com  $p < 0.001$  o que permite concluir um valor de significância que varia entre o razoável e o bom.

### 3.1.1. Caracterização da Amostra

#### Género

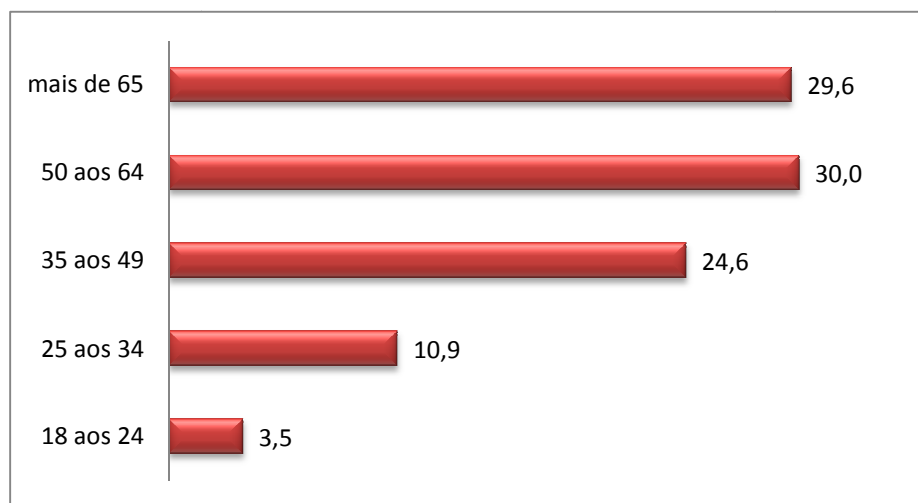
Relativamente ao género dos inquiridos é possível constatar que indivíduos do sexo feminino tiveram uma maior representatividade, com cerca de 59%, do que os indivíduos do sexo masculino, representando estes apenas cerca de 40% da amostra.

**Gráfico 1 - Género dos indivíduos inquiridos.**



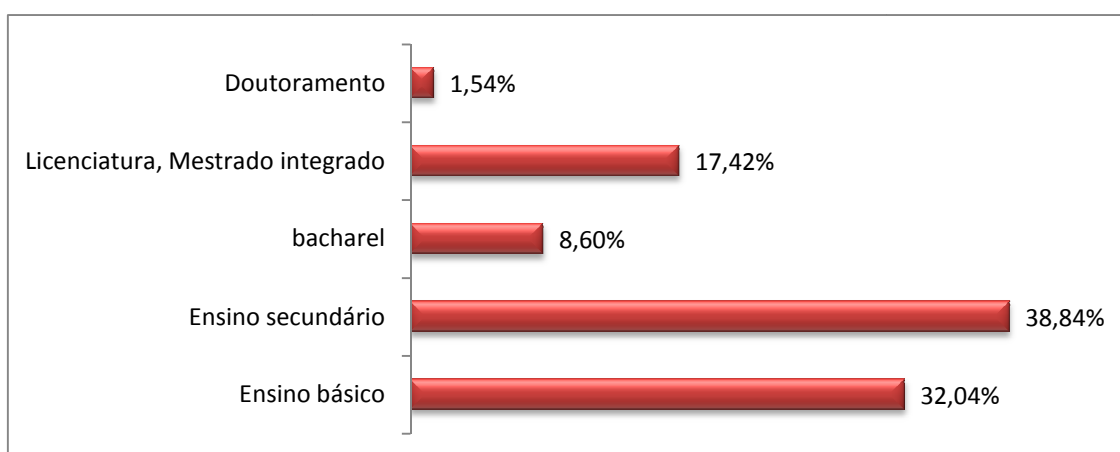
#### Faixa etária

Relativamente à faixa etária é possível observar que cerca de 60% dos utentes tem mais de 50 anos e que menos de 15% dos utentes tem menos de 34 anos.

**Gráfico 2 - Faixa etária dos utentes inquiridos.**

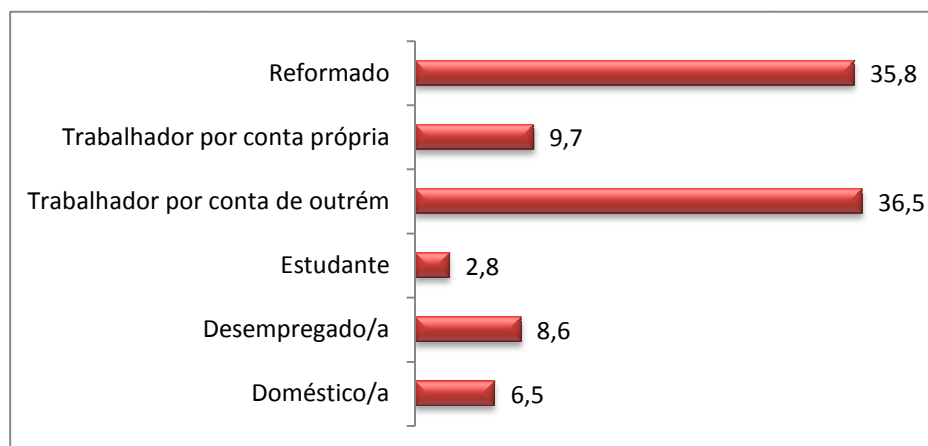
### Nível de escolaridade

Face ao nível de escolaridade é possível verificar que a maioria dos inquiridos possui o ensino secundário, cerca de 39%, seguido pelos 32% dos indivíduos com ensino básico. Apenas uma pequena percentagem possui doutoramento.

**Gráfico 3 - Nível de escolaridade dos utentes inquiridos.**

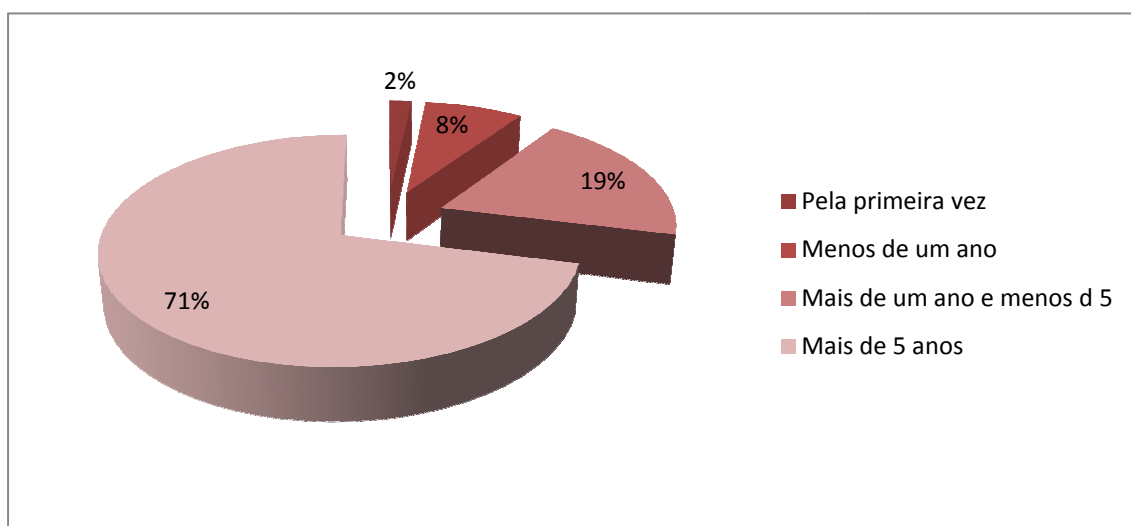
### Situação Profissional

A maioria dos inquiridos, cerca de 70%, é representada pelos reformados e trabalhadores por conta de outrem em igual proporção, seguindo-se, também em igual proporção mas muito menor percentagem, cerca de 10% cada, os trabalhadores por conta própria e os desempregados.

**Gráfico 4 - Situação profissional dos utentes inquiridos.**

### Fidelidade do cliente

O gráfico demonstra que a maioria dos inquiridos são clientes de longa data das respetivas Farmácias, representando estes mais de 70% dos inquiridos, seguindo-se cerca de 20% dos inquiridos que são clientes há mais de um ano da respetiva Farmácia e apenas 2% é cliente pela primeira vez.

**Gráfico 5 - Fidelização dos utentes inquiridos.**



### 3.1.2. Análise das frequências relativas e absolutas

Neste subcapítulo procede-se à análise das cinco dimensões que compõem a escala Servperf (elementos tangíveis, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia) através da apresentação das frequências, média e desvio padrão de cada um dos itens que constituem as respetivas dimensões.

Na dimensão elementos tangíveis os inquiridos consideraram mais favoravelmente o item número 3 com média (desvio padrão) 6,77 (0,649), “Os funcionários da farmácia estão devidamente identificados e com boa apresentação.” Por oposição ao item 1 com média (desvio padrão) 6,25 (1,073) “As instalações desta farmácia são confortáveis e atrativas.”. Tabela 5

**Tabela 5 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Elementos Tangíveis.**

Item	1		2		3		4		5		6		7		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
1	17	0,53	8	0,25	54	1,70	153	4,81	408	12,82	758	23,82	1783	56,03	6,25	1,073
2	16	0,51	10	0,32	30	0,95	133	4,20	343	10,84	838	26,48	1795	56,71	6,31	1,006
3	11	0,35	3	0,09	4	0,13	26	0,82	90	2,83	384	12,07	2664	83,72	6,77	,649
4	13	0,41	3	0,10	14	0,45	103	3,28	304	9,68	891	28,37	1812	57,69	6,39	1,139

**Tabela 6 - Itens relativos à dimensão elementos tangíveis.**

Item	Descrição
1	As instalações desta farmácia são confortáveis e atrativas.
2	Os equipamentos da farmácia são modernos e adequados.
3	Os funcionários da farmácia estão devidamente identificados e com boa apresentação.
4	Os materiais disponibilizados por esta farmácia, associados aos serviços prestados (folhetos informativos, boletins de registo...), são adequados e funcionais.

Relativamente à dimensão Fiabilidade os utentes consideraram mais favoravelmente o item número 6 com média (desvio padrão) 6,69 (0,715) “Quando o utente apresenta um problema, esta farmácia demonstra interesse em resolvê-lo e assim o faz.”, por oposição aos itens 5 e 7 com média (respetivo desvio padrão) 6,63 (0,788 e 0,791) “Quando prometem fazer algo em determinado espaço de tempo, cumprem.” e “A farmácia realiza as tarefas de forma eficaz. (exemplo: não há trocas de medicação, erros sobre a forma de tomar os medicamentos...)”. Tabela 6

**Tabela 7 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Fiabilidade.**

Item	1		2		3		4		5		6		7		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
5	12	0,38	4	0,13	9	0,29	64	2,04	145	4,62	538	17,13	2368	75,41	6,63	0,788
6	12	0,38	5	0,16	5	0,16	31	0,99	117	3,72	521	16,56	2456	78,04	6,69	0,715
7	16	0,51	1	0,03	12	0,38	48	1,53	149	4,75	579	18,46	2331	74,33	6,63	,791
8	12	0,38	2	0,06	10	0,32	36	1,15	144	4,61	566	18,12	2352	75,31	6,67	1,128
9	0	0,29	0	0,10	0	0,33	2	2,09	7	6,51	22	21,77	69	68,90	6,55	0,807

**Tabela 8 - Itens relativos à dimensão fiabilidade.**

Item	Descrição
5	Quando prometem fazer algo em determinado espaço de tempo, cumprem.
6	Quando o utente apresenta um problema, esta farmácia demonstra interesse em resolvê-lo e assim o faz.
7	A farmácia realiza as tarefas de forma eficaz. (exemplo: não há trocas de medicação, erros sobre a forma de tomar os medicamentos...).
8	Esta farmácia disponibiliza os serviços quando os promete.
9	A farmácia mantém registos/informações atualizados.

Para a componente Capacidade de Resposta o item com pontuação mais favorável foi o item 12 com média (desvio padrão) 6,78 (1,423) “Como utente, sente segurança em ser atendido nesta farmácia.”, por oposição ao item 13 com média (desvio padrão) 6,60 (2,267) “Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para atender aos seus pedidos.”. Tabela 7

**Tabela 9 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Capacidade de resposta.**

Item	1		2		3		4		5		6		7		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
10	16	0,51	3	0,10	10	0,32	37	1,18	151	4,81	601	19,15	2319	73,90	6,65	1,331
11	14	0,44	2	0,06	8	0,25	21	0,66	82	2,59	369	11,64	2675	84,36	6,77	0,665
12	16	0,51	2	0,06	8	0,25	18	0,57	85	2,69	392	12,39	2641	83,50	6,78	1,423
13	23	0,74	7	0,22	15	0,48	46	1,47	174	5,57	686	21,97	2170	69,48	6,60	2,267

**Tabela 10 - Itens relativos à dimensão Capacidade de resposta.**

Item	Descrição
14	Esta farmácia informa os utentes quando se concluirá a realização dos serviços, ou quando o produto em falta estará disponível.
15	Os funcionários estão disponíveis para ajudar os utentes.
16	Como utente, sente segurança em ser atendido nesta farmácia.
17	Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para atender aos seus pedidos.

Na componente segurança os utentes consideram mais favoravelmente o item 16 com média (desvio padrão) 6,87 (11,930) “Os funcionários parecem ter apoio suficiente por parte da farmácia para fazerem o seu trabalho bem feito.” Por oposição ao item 14 com média (desvio padrão) 6,69 (0,693) “Confia nos funcionários da farmácia.”. Tabela 8

**Tabela 11 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Segurança.**

Item	1		2		3		4		5		6		7		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
14	16	0,51	1	0,03	9	0,28	22	0,69	87	2,75	439	13,87	2592	81,87	6,74	0,693
15	14	0,44	4	0,13	7	0,22	26	0,82	112	3,54	559	17,68	2440	77,17	6,69	0,721
16	12	0,38	3	0,10	9	0,29	46	1,47	151	4,82	651	20,77	2260	72,09	6,87	11,930
17	15	0,47	3	0,09	5	0,16	26	0,82	84	2,65	538	16,98	2496	78,79	6,74	1,431

**Tabela 12 - Itens relativos à dimensão Segurança.**

Item	Descrição
14	Confia nos funcionários da farmácia.
15	Os funcionários demonstram domínio e conhecimento, na área da saúde, para responder às suas questões.
16	Os funcionários parecem ter apoio suficiente por parte da farmácia para fazerem o seu trabalho bem feito.
17	Os funcionários dão a atenção adequada aos seus problemas/questões.

Na componente Empatia o item com pontuação mais favorável foi o item 20 com média (desvio padrão) 6,80 (0,665) “Os funcionários são simpáticos.” por oposição ao item 22 com média 6,62 (0,799) “Sente que é informado sobre os serviços prestados e sobre os serviços pendentes.”. Tabela 9

**Tabela 13 - Resultados obtidos relativamente à dimensão Empatia.**

Item	1		2		3		4		5		6		7		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
18	14	0,44	5	0,16	9	0,28	44	1,39	143	4,52	581	18,35	2370	74,86	6,64	0,777
19	15	0,49	4	0,13	7	0,23	51	1,66	172	5,60	721	23,45	2102	68,38	6,79	11,969
20	17	0,54	6	0,19	3	0,09	21	0,66	54	1,70	306	9,65	2763	87,16	6,80	,665
21	44	1,39	9	0,28	12	0,38	38	1,20	100	3,17	382	12,09	2574	81,48	6,67	0,937
22	15	15,00	7	7,00	9	9,00	45	45,00	149	149,00	600	19,07	2322	2322,00	6,62	0,799

**Tabela 14 - Itens relativos à dimensão Empatia.**

Item	Descrição
14	A farmácia apresenta um horário de funcionamento conveniente para os clientes.
15	A farmácia tem os melhores interesses como objetivo.
16	Os funcionários são simpáticos.
	Os funcionários dão-lhe atenção personalizada, uma vez que o conhecem.
17	Sente que é informado sobre os serviços prestados e sobre os serviços pendentes.

### 3.2. Análise das Hipóteses

O teste ANOVA permite testar se a diferença observada em várias situações, para duas ou mais variáveis, é estatisticamente significativa, ou não.

Neste estudo, este teste permite averiguar se as diferenças entre as características dos utentes e a perceção da qualidade do serviço prestado pelas Farmácias Comunitárias, representado pela média geral dos 22 itens que constituem a escala Servperf, são estatisticamente relevantes.

$H_0$ : as características dos utentes (características sócio demográficas e nível de fidelização) não estão relacionadas com a sua perceção da qualidade do serviço prestado pelas Farmácias.

$H_1$ : as características dos utentes influenciam a sua perceção da qualidade do serviço prestado pelas Farmácias.

Tabela 15 - Dados referentes à aplicação do teste ANOVA.

	Característica	N	Média	DP	IC 95%		F	Sig
					limite inferior	limite superior		
Género	Sexo feminino	1624	6,6986	1,60880	6,6203	6,7769	0,396	0,8120
	Sexo masculino	1099	6,6423	,60294	6,6066	6,6780		
Idade	18 aos 24	102	6,4701	,63911	6,3446	6,5957	3,787	0,0020
	25 aos 34	326	6,5160	,57419	6,4535	6,5786		
	35 aos 49	695	6,6243	,59763	6,5798	6,6688		
	50 aos 64	812	6,6736	,63767	6,6297	6,7175		
	mais de 65	803	6,8225	2,19291	6,6706	6,9744		
Nível de escolaridade	Ensino básico	846	6,7847	2,16091	6,6389	6,9305	1,2430	0,2690
	Ensino secundário	1041	6,6399	,62155	6,6021	6,6777		
	Licenciatura	228	6,6102	,61210	6,5304	6,6901		
	Mestrado	464	6,5824	,53345	6,5337	6,6311		
	Doutoramento	39	6,6002	,55181	6,4214	6,7791		
Situação profissional	Doméstico	177	6,7948	,34133	6,7442	6,8454	2,1910	0,0320
	Desempregado	244	6,6112	,64105	6,5304	6,6921		
	Estudante	79	6,4712	,60780	6,3351	6,6074		
	Trabalhador por conta de outrem	1011	6,6039	,56197	6,5693	6,6386		
	Trabalhador por conta própria	257	6,5814	,62888	6,5041	6,6586		
	Reformado	947	6,7865	2,06553	6,6548	6,9182		
Grau de fidelização	1ª vez	21	6,3377	,86978	5,9417	6,7336	0,269	0,06
	Menos de 1 ano	134	6,7280	,43748	6,6532	6,8027		
	Mais de um ano menos de 5	299	6,7011	,45146	6,6497	6,7525		
	Mais de 5 anos	1159	6,6410	,71695	6,5997	6,6823		

Através da tabela 15 é possível observar que existe evidência estatística suficiente (valor- $P < 0,001$ ) para afirmar que o valor médio da qualidade percebida pelos utentes não é independente da idade dos utentes e da situação profissional, ou seja, o valor médio da qualidade percebida varia de acordo com a idade e situação profissional dos utentes (rejeita-se  $H_0$ ), sendo que, os utentes mais jovens apresentam uma perceção menos favorável que os utentes mais velhos.

Para as restantes características não existe evidência estatística suficiente que permita afirmar que o valor médio da qualidade percebida depende do género, nível de escolaridade ou nível de fidelização (valor- $P > 0,05$ ).

O teste T permite comparar as médias entre duas amostras independentes ou emparelhadas e determinar se existem diferenças estatisticamente significativas entre estas.

Neste estudo vamos determinar se a diferença verificada entre a percepção dos utentes e prestadores, sobre a qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias comunitária é, ou não, estatisticamente significativa.

$H_0$ : não existem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção dos utentes e dos prestadores face à qualidade dos serviços prestados;

$H_1$ : existem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção dos utentes e dos prestadores face à qualidade dos serviços prestados.

A análise da tabela 16 indica que existem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção dos utentes e prestadores para as dimensões elementos tangíveis e fiabilidade uma vez que o valor-p é inferior ao nível de significância, 5%, por isso é possível rejeitar  $H_0$  e afirmar que a percepção dos utentes difere da percepção dos prestadores.

Através da análise dos valores médios da percepção que estes dois grupos apresentam, é possível constatar que os utentes tem uma percepção mais favorável relativamente aos elementos tangíveis e à fiabilidade que os prestadores.

Relativamente às dimensões: capacidade de resposta, segurança e empatia, não há evidência estatística suficiente, valor-p > nível de significância, que permita afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção dos utentes e dos prestadores.

Quanto à percepção geral da qualidade do serviço prestado não há evidência estatística suficiente que permita rejeitar  $H_0$  e afirmar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a percepção dos utentes e dos prestadores.

**Tabela 16 - Resultados obtidos para a comparação da percepção da qualidade dos serviços prestados entre prestadores e utentes.**

		N	percepção	Sig. Value
<b>H2.1: Elementos Tangíveis</b>	utentes	3102	6,43±0,783	<0,001
	prestadores	169	6,18±0,869	
<b>H2.2: Fiabilidade</b>	utentes	2962	6,64±0,663	<0,001
	prestadores	164	6,49±0,551	
<b>H2.3: Capacidade de resposta</b>	utentes	3067	6,70±0,830	0,341
	prestadores	165	6,63±0,445	
<b>H2.4: Segurança</b>	utentes	3098	6,76±3,066	0,42
	prestadores	167	6,57±0,574	
<b>H2.5: Empatia</b>	utentes	3024	6,71±2,499	0,783
	prestadores	165	6,65±0,490	
<b>H2.6: Qualidade do serviço</b>	utentes	2768	6,67±1,297	0,16
	prestadores	159	6,53±0,474	

Para avaliar se a percepção do nível de qualidade prestado pelas Farmácias evoluiu positiva ou negativamente recorreu-se ao T-test one sample que permite comparar o valor obtido no corrente ano com o valor obtido por *Ferreira* (2009) que foi de 5,86.

$H_0$ : a percepção dos utentes, sobre a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias, não é estatisticamente diferente em 2009 e 2014;

$H_1$ : a percepção dos utentes, sobre a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias, é estatisticamente diferente em 2009 e 2014.

O valor médio obtido em 2014 foi de 6,67 e através da tabela 17 é possível concluir que existe evidência estatística suficiente para rejeitar  $H_0$  (valor  $-P < 0,001$ ) e concluir que a percepção da qualidade do serviço prestado pelas Farmácias é significativamente diferente do observado em 2009, no sentido positivo uma vez que o valor médio das percepções dos utentes é superior.

**Tabela 17 - Percepção da qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias em 2009 e 2014.**

	Ano	N	Percepção	Sig. Value
<b>H3: Evolução da qualidade</b>	2009	825	5,86	<0,001
	2014	2768	6,67 $\pm$ 1,297	



## 4. Discussão dos Resultados

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados e à análise comparativa dos mesmos com estudos anteriores efetuados na área da avaliação da qualidade nos serviços de saúde.

Relativamente às características dos utentes (Anexo IV), onde se incluem características sócio demográficas e nível de fidelização, os resultados obtidos demonstram que:

- 58% dos utentes são do sexo feminino,
- quanto ao nível de escolaridade: 32% apresenta apenas o ensino básico e quase 39% tem o ensino secundário;
- face à situação profissional: 36% são pessoas reformadas e 37% são trabalhadores por conta de outrem;
- quanto ao nível de fidelização, avaliado pelo número de anos que os utentes são clientes da Farmácia, cerca de 71% é cliente há mais de 5 anos.

Estes resultados estão próximos dos encontrados em outros estudos da área como *Pereira et al.* (2001) ou *Ferreira e Raposo* (2006) que também constataram que existe uma maior predominância de indivíduos do sexo feminino, enquanto utentes dos serviços de saúde, e uma média de idades de 56 anos.

A maior recorrência dos elementos do sexo feminino aos serviços de saúde pode ser explicada, de acordo com *Case e Paxson* 2004, pelo facto de este grupo ser alvo de um maior número de morbilidades, a partir de certa idade, mas também pelo facto de a maternidade os aproximar dos serviços de saúde ao que se segue um acompanhamento que faz deste grupo um maior utilizador.

No que concerne à fidelização dos utentes, os resultados corroboram o já observado por *Duarte et al.* 2009 onde se constata uma lealdade dos clientes dificilmente observável em outros setores de atividade económica.

A relação entre as características dos utentes e o nível de qualidade percebido pelos mesmos, é estatisticamente evidente com variável idade e situação profissional onde é

possível afirmar que existe evidência estatística suficiente (valor P inferior ao nível de significância) e por isso se rejeita  $H_0$  e se pode afirmar que os utentes mais jovens apresentam uma perceção da qualidade do serviço prestado menos favorável que utentes mais velhos, tal como observado por *Vilaverde et al.* 2002. Também os utentes reformados e domésticos apresentam uma perceção do nível de qualidade dos serviços prestados mais favorável que os estudantes ou trabalhadores.

No entanto, quanto há relação entre o Género, Nível de escolaridade ou Grau de Fidelização com o nível de qualidade percecionado, apesar de teoricamente observável não foi reunida evidência estatística suficiente que permita afirmar uma relação entre estas variáveis, ao contrário do já demonstrado em outros estudos como *Vilaverde et al* 2002 onde se verifica que a perceção da qualidade é menor para indivíduos com um maior grau de escolaridade e para indivíduos do sexo feminino.

Relativamente à avaliação individual dos itens que compõem a escala Servperf (Anexo V) é possível constatar valores muito elevados, sendo os valores médios obtidos para cada item nunca inferior a 6, o que leva a concluir que os utentes das Farmácias são utentes satisfeitos com a qualidade do serviço prestado. Estes valores são significativamente superiores aos obtidos por Ferreira 2009 como é possível constatar através da análise da tabela 17, em 2009 o valor médio das perceções foi de 5,86 e em 2014 de 6,67.

Dada a conjuntura atual e a ausência de fenómenos que permitam explicar esta melhoria do nível da qualidade dos serviços prestados será interessante, no futuro, fazer um estudo qualitativo que permita explicar esta evolução do nível de qualidade.

Apesar da diferença significativa da perceção da qualidade dos serviços entre 2009 e 2014, existem semelhanças nos resultados obtidos dentro das mesmas dimensões. À semelhança do observado por *Ferreira* 2009, também em 2014 a dimensão valor médio mais favorável foi a componente segurança que em 2009 obteve uma pontuação média de 6,04 e em 2014 6,76.

Também a dimensão Elementos tangíveis se repete em 2014 como sendo a dimensão com pontuação menos positiva, esta dimensão obteve em 2009 5,54 face a 6,43 em

2014, porém esta foi também a dimensão considerada menos importante pelos utentes no estudo de *Ferreira 2009* o que está de acordo com *Parasuramen et al. 1991a* onde esta dimensão é considerada a menos relevante. No estudo de *Zeithaml e Bitner 1996* é possível concluir que os clientes são mais tolerantes com dimensões que consideram menos importantes.

Uma exploração adicional que este trabalho efetuou foi a comparação entre a perceção do nível de qualidade que os prestadores deste serviço apresentam face à perceção que os seus clientes apresentam (Anexo VI). Esta análise, na presença de eventuais discrepâncias permite ao prestador determinar quais as áreas em que deve intervir com maior urgência, nomeadamente quando se observa um nível de perceção, por parte dos clientes, inferior ao percecionado pelos prestadores.

Nesta abordagem foi possível observar que também os prestadores apresentam um nível de perceção muito positivo para todas as dimensões que compõem esta escala, o que está em concordância com o *Duarte et al 2009* onde se verifica que os Farmacêuticos consideram que as Farmácias onde exercem apresentam níveis de desempenho bastante elevados.

Através da comparação entre o nível de perceção dos prestadores e dos utentes é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas na componente elementos tangíveis e fiabilidade, no entanto, o valor percecionado pelos utentes é mais positivo que o valor percecionado pelos prestadores.

Para a componente elementos tangíveis esta discrepância pode ser explicada pelo facto de muitos clientes não terem acesso a alguns dos elementos tangíveis presentes nas Farmácias, por não serem utilizadores de determinados serviços disponibilizados pelas mesmas como determinação de parâmetros bioquímicos ou mesmo por estes não terem acesso a determinados espaços físicos da Farmácia que os prestadores têm e por isso apresentarem outro nível de perceção.

Face a componente fiabilidade os resultados obtidos poderiam dever-se ao facto de muitos utentes nunca se confrontarem com situações que permitissem avaliar o nível de fiabilidade da Farmácia como o cumprimento de um serviço prometido, no entanto, uma

vez que mais de 70% dos utentes são clientes da Farmácia há mais de 5 anos a possível explicação poderá estar no nível de exigência que estes profissionais de saúde impõem no serviço que prestam, o que está de acordo com a constatação de *Duarte et al* 2009 onde descreve o profissionalismo como um dos valores mais importantes que os Farmacêuticos adotam.

## 5. Conclusão

Neste capítulo são apresentadas as principais conclusões do estudo bem como hipóteses de exploração futuras que permitam esclarecer ou desenvolver o tema.

A preocupação em mensurar a qualidade dos serviços de saúde é crescente e é um tema do interesse tanto dos clientes como dos prestadores. De acordo com *Kasper et al.* 2000 todos os intervenientes beneficiam quando os serviços prestados são de elevada qualidade e trás benefícios além da componente empresarial ou associada ao ganho de quota de mercado ou lucro. Particularmente, no que concerne às Farmácias Comunitárias, quanto maior o nível de qualidade do serviço prestado melhor a qualidade de vida da comunidade.

De acordo com os objetivos propostos e com os resultados obtidos é possível afirmar que a escala Servperf se revelou adequada para mensurar a qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias Comunitárias.

Os resultados obtidos resultam da colaboração direta de 184 Farmácias e da disponibilização do inquérito online, o que permitiu obter 3440 respostas sendo 3270 de utentes e as restantes 170 de prestadores que compreendem Farmacêuticos e Técnicos de Farmácias.

Relativamente às características dos utentes foi possível determinar que o nível de perceção da qualidade dos serviços prestados é influenciado pela idade e situação profissional dos utentes, sendo que utentes mais jovens e trabalhadores apresentam uma avaliação menos favorável da qualidade dos serviços que os utentes mais velhos, reformados ou domésticos. No entanto, relativamente ao género, nível de escolaridade, ou grau de fidelização não se verifica evidência estatística suficiente que permita estabelecer uma relação entre estas variáveis e a variável em estudo, a qualidade dos serviços prestados.

No que concerne concretamente à escala Servperf é possível observar uma perceção muito favorável para todas as dimensões que compõem a escala, sendo os valores médios obtidos sempre superiores a 6,00, sendo o valor médio global de 6,74.

A dimensão com pontuação mais favorável foi a Segurança o que demonstra ser muito positivo uma vez que esta foi a dimensão classificada pelos utentes como mais relevante em estudos anteriores, em oposição ao elementos tangíveis que constituem a dimensão com avaliação menos favorável, ainda que elevada, mas é também a dimensão menos valorizada e também a dimensão em que os utentes apresentam um maior nível de tolerância.

A comparação entre as perceções dos utentes e dos prestadores revela diferenças estatisticamente significativas para a dimensão elementos tangíveis e fiabilidade, no entanto, estas dimensões são pontuadas mais favoravelmente pelos utentes do que pelos prestadores, se a situação observada fosse oposta seria um indicador suficiente para uma intervenção nestas áreas.

A comparação dos resultados obtidos em 2014 com 2009 por Ferreira 2009 permite averiguar a eventual evolução da qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias e os resultados indicam uma evolução estatisticamente significativa no sentido positivo, no entanto não é possível encontrar na literatura nenhum fator explicativo.

Em termos de recomendações para estudos futuros seria interessante o desenvolvimento de um estudo qualitativo que permitisse averiguar a razão da evolução positiva da qualidade dos serviços prestados pelas Farmácias Comunitárias, uma vez que ainda não existe nenhuma evidência registada na literatura.

## Referências Bibliográficas

Organisation for economic co-operation and development, the service economy, paris, ocde, 2000, disponível em <http://www.oecd.org/industry/ind/2090561.pdf>

The world factbook 2008 fig 1,2 pág 28, disponível em <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2195.html>

The great jobs switch, the economist, 2005, disponível em <http://www.economist.com/node/4458528>

[Edvardsson](#), B., [Gustafsson](#), A., [Roos](#), I. (2005) "Service portraits in service research: a critical review", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 16 N: 1, pp: 107 – 121

Andaleeb, S. S. (1996), An Experimental Investigation of Satisfaction and Commitment in Marketing channels, The Role of Trust and Dependence, "Journal of Retailing, Vol. 72, N:1, pp: 77-93

Andaleeb, S. S. (2001) "Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country" *Social Science & Medicine*, Vol. 52, pp: 1359–1370

Anderson, C. Zeithaml C. P. (1984) Stage of the Product Life Cycle, Business Strategy, and Business Performance "Academy of Management Journal", Vol. 27, N:1, pp: 5-24

Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Estratégias para a Saúde, Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde

Babakus, E. e Boiler, G. (1992), An Empirical Assessment of the SERVQUAI Scale, "Journal of Business Research", Vol. 24, pp: 253-68.

Bolton, R., e J.H., Drew (1991a), A multistage model of customers assessments of service quality and value, *Journal of Consumer Research* Vol. 17, N: 1, pp: 375-384.

Bolton, R., e J.H., Drew (1991b), A longitudinal analysis of the impact of service changes on customers attitudes, *Journal of Marketing* 55(1), 1-9.

Booms, B. H. Bitner, M. J. (1981) Marketing Strategies and Organization Structures for Services Firms “Marketing Services, American Marketing, pp: 47-51

Boulding, W. Kalra, A. Staelin, R. and Zeithaml, V. A. (1993) “A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions,” Journal of Marketing Research, Vol. 30, pp: 7-27.

Brady, M. K. e Robertson, C. J. (2001) Searching for a Consensus on the Antecedent Role of Service Quality and Satisfaction: An Exploratory Cross-National Study, “Journal of Business Research”, Vol. 51, N: 1, pp: 53-60.

Carman, J. (1990), Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL Dimensions, Journal of Retailing Vol. 66, N:1, pp: 33-55.

Conklin, A. Vilamovska, A. Vries, H. Hatzianandreu, E. (2008) “Improving Patient Safety in the EU” *Rand Europe*, disponível em [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2008/RAND\\_TR596.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf)

Cronin, J. Brady, M. K. and Hult, T. M. (2000) “Assessing the Effects of Quality, Value and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments,” Journal of Retailing, Vol. 76, N: 2, pp: 193-218.

Cronin, J. J. e Taylor, S. A. (1992) Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension “Journal of Marketing”, Vol. 56, pp: 55-68

Cronin, J. J. e Taylor, S. A. (1994) SERVPERF vs SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-minus-Expectations Measurement of Service Quality, “Journal of Marketing”, Vol. 58, N.1, pp: 125-131

Crosby, P. B. (1979) Quality is Free: The Art of Marketing Quality Certain, New York: New American Library

Donabedian, A. (1988) The Quality of Care, How can it be assessed?, “The Journal of the American Medical Association”, Vol. 260, N:12



- Duarte, A. Nunes, F. Martins, L (2009) Responsabilidade Social no Sector das Farmácias em Portugal, Ordem dos Farmacêuticos
- Ferlie, E. B. E Shortell, S. M. (2001) Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change, “the Milbank Quarterly”, Vol. 79, N:2, pp: 281-315
- Ferreira, C. R. (2009) A Qualidade do Serviço nas Farmácias Comunitárias: Expetativas e perceções dos clientes, Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
- Ferreira, P. L. Raposo, V (2006) A Governação em Saúde e a utilização de indicadores de satisfação, “Revista Portuguesa de Clínica Geral” Vol. 22, pp: 285-296
- Fitzpatrick, R. (1997) Patient satisfaction. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (pp. 301- 304). Cambridge University Press.
- Fortin, F. M. (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação; Lusodidacta
- Garvin, D. A. (1983) “Quality on the line” Harvard Business Review, Vol61, pp: 65-73
- Gregório, J. e Lapão, L. V. (2012) Uso de cenários estratégicos para planeamento de recursos humanos em saúde: o caso dos farmacêuticos comunitários em Portugal 2010-2020 “Revista Portuguesa de Saúde Pública” Vol. 3, N:2, pp:125–142
- Gronroos, C. (1984) A Service Quality Model and its Marketing Implications “European Journal of Marketing”, Vol. 18, n. 4, pp; 36-44
- Hepler, C. D. Strand, L. M. (1999) Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica “Pharmaceutical Care España”, Vol.1, pp: 35-47
- Hill, M.M. e A. Hill (2005), Investigação por questionário. Lisboa, Ill.: Edições Sílabo.
- Jain, S. K. e Gupta, G. (2004) Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales “VIKALPA”, Vol. 29, N. 2, pp: 25-37
- Katz, B. (1988). How to market professional services. New York: Nichols.

- Kang, G. e James, J. (2004) Service quality dimensions: an examination of Gronroos's service quality model "*Managing Service Quality*", Vol.14, N: 4, pp: 266–277
- Leventhal, H., Zimmemen, R., & Gutman, M. (1984). Compliance: A self regulation perspective. *Handbook of Behavioral Medicine* New York: Guildford Press, pp: 369-423
- Lewis, R. C. e Booms, B. H. (1983) The Marketing Aspects of Service Quality, "*American Marketing*, pp:99-107
- Lovelock, C. Wirtz, J. (2010) *Services marketing : people, technology, strategy*, Pearson Prentice Hall
- Miller, J A (1977). Exploring Satisfaction, Modifying Modes, Eliciting Expectations, Posing Problems, and Making Meaningful Measurements, Marketing Science Institute, pp: 72-91.
- Ovretveit, J. (2000) "Total quality management in European Healthcare" *International Journal of Health Quality Assurance*, Vol. 13, N: 2, pp: 74-49
- Parasuraman, A., V. Zeithaml e L. Berry (1985), A conceptual model of service quality and its implications for future research, "*Journal of Marketing*", Vol. 49, pp:41-50.
- Parasuraman, A., V. Zeithaml e L. Berry (1988), SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, "*Journal of Retailing*" Vol. 64, Vol: 1, pp: 12- 40.
- Parasuraman, A., V. Zeithaml e L. Berry (1994), Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research, "*Journal of Marketing*" Vol. 58, N: 1, pp: 111-124.
- Pereira, M. G., Soares, V. A. e McIntyre, T. (2001) Satisfação do Utente e Atitudes face aos Médicos e Medicina: um estudo piloto, "*Psicologia Saúde e Doença*", Vol.2, N:2, pp: 69-80

- Reichheld, F. e Sasser, Jr. W. E. (1990) Zero Defections: Quality Comes to Services “*Harvard Business Review*” Vol.68 N: 5, pp: 105-111
- Rodrigues, A. Marques, B. Ferreira, L. Raposo, V. (2007) Estudo do sector das farmácias em Portugal. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
- Roter, D. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome – A metanalysis. *Communicating with medical patients* Newbury Park, CA: Sage Publications. Pp: 183- 196
- Ruiz, U. e Simon, J. (2004) Quality management in health care: a 20-year journey “*International Journal of Health Care Quality Assurance*” Vol. 17, N: 6, pp: 323-333
- Rust, R. T. Zahorik, A. J. e Keiningham T. L. (1995) Return on Quality (ROQ): Making Service Quality Financially Accountable “*Journal of Marketing*” Vol. 59, pp: 58-70
- Serapioni, M. (2000) “Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração” Escola de Saúde Pública do Ceará, Av. Antônio Justo, pp: 60165-090
- Serapioni, M. (2009) “Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional” *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Vol. 85, N:6, pp: 65-82
- Teas, R. K. (1993) Expectations, Performance Evaluations, and Consumers’ Perceptions of Quality, “*Journal of Marketing*”, Vol. 57, N:4, pp: 18-34
- Teas, R. (1994), Expectations as a comparison standard in measuring service quality: An assessment of a reassessment, *Journal of Marketing* 58(1), 132- 139.
- Uchimura, K. Y. e Bosi, M. L. M. (2002) “Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde” *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, Vol. 18 N: 6, pp: 1561-1569

Vilelas, J. (2009) *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Síbalo. Lisboa

Zeithaml, V. A. Bitner, M. J. Gremler, D. D. (2013) *Services marketing : integrating customer focus across the firm*, McGraw-Hill Education

Zeithaml, V. A. (1981) How Consumer Evaluation Processes Differ Between Goods and Services, “Marketing of Services” pp: 186-190

Zeithaml, V. A. (2000) Service Quality, Profitability, and the Economic Worth of Customers: What We Know and What We Need To Learn “*Journal of the Academy of Marketing Science*” Vol. 28, pp. 67-85

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., Parasuraman, A. (1993) The nature and determinants of costumer expectations of services, “*Journal of the Academy of Marketing Science*”, Vol. 21, N: 1, pp: 1-12

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., Parasuraman, A. (1996) The Behavioral Consequences of Service Quality “*Journal of Marketing*” Vol. 60, pp. 31-46

## Anexos

### Anexo I – Resumo do estudo apresentado às Farmácias.

**Assunto:** Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados nas Farmácias Comunitárias – pedido de colaboração

Chamo-me Maria Gonçalves e estou a desenvolver uma Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto que tem por objetivo Avaliar a Qualidade dos Serviços Prestados pelas Farmácias Comunitárias em Portugal.

Venho por este meio contactar no sentido de solicitar a sua colaboração para a criação de base de dados que consiste no preenchimento de um inquérito por parte dos utentes e do seus colaboradores. Desde já gostaria de referir que este projeto não tem custos para a Farmácia e tem muitas vantagens.

A colaboração que solicito consiste basicamente na Farmácia solicitar aos clientes, selecionados de forma aleatória, o preenchimento dos inquéritos, o que deverá ser feito na Farmácia por forma a evitar inquéritos não devolvidos. Os inquéritos são de auto-preenchimento que demora cerca de 5 minutos. O que proponho de forma mais concreta é que, caso a farmácia tenha disponibilidade para colaborar com o preenchimento de 50 inquéritos de utentes mais os inquéritos dos funcionários, eu disponibilizo a avaliação para os serviços desta farmácia. Com os resultados que obtém poderá comparar a avaliação que foi feita nesta farmácia, com a avaliação a nível nacional e as respetivas discrepâncias, bem como a perspetiva dos vossos utentes e colaboradores e constatar se existem áreas que necessitam de intervenção e quais as áreas de excelência da sua farmácia. Como pode constatar a sua colaboração terá benefícios para a sua Farmácia.

O inquérito é uma adaptação da escala SERVPERF (*Service Performance*) que pretende medir a perceção que os clientes têm da qualidade de um determinado serviço e que abrange as cinco dimensões que estes mais valorizam: os elementos tangíveis, a fiabilidade, a empatia, a segurança e a capacidade de resposta.

Como referi a colaboração não tem custos para a farmácia uma vez que, caso tenha disponibilidade para colaborar, envio os inquéritos impressos para a farmácia via CTT por isso não terá que imprimir os inquéritos.

Agradeço a atenção e tempo disponibilizado e fico a aguardar uma resposta, espero que positiva, da sua parte. Aguardo o seu feedback através de 120484013@fep.up.pt.

Atentamente

**Anexo II – Inquérito pré teste.**

1. As instalações são confortáveis e atrativas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Os equipamentos são modernos e adequados	1	2	3	4	5	6	7
3. Os funcionários estão identificados e com boa apresentação.	1	2	3	4	5	6	7
4. Os materiais associados aos serviços prestados (folhetos informativos, boletins de registo...) são adequados e funcionais	1	2	3	4	5	6	7
5. Quando se compromete em fazer algo, cumpre.	1	2	3	4	5	6	7
6. Quando o utente apresenta um problema, esta farmácia demonstra interesse em resolvê-lo e assim o faz.	1	2	3	4	5	6	7
7. Realiza as tarefas eficazmente.	1	2	3	4	5	6	7
8. Disponibiliza os serviços quando os promete	1	2	3	4	5	6	7
9. Mantém registos/informações atualizados	1	2	3	4	5	6	7
10. Diz aos utentes quando se concluirá a realização do serviço, ou quando o produto em falta estará disponível	1	2	3	4	5	6	7
11. Os funcionários estão disponíveis para ajudar.	1	2	3	4	5	6	7
12. Como utente, sente segurança em ser atendido nesta farmácia	1	2	3	4	5	6	7
13. Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para atender aos seus pedidos	1	2	3	4	5	6	7
14. Confiar nos funcionários da farmácia	1	2	3	4	5	6	7
15. Os funcionários demonstram domínio e conhecimento na área de saúde para responder às suas questões	1	2	3	4	5	6	7
16. Os funcionários parecem ter apoio suficiente por parte da empresa para fazerem o seu trabalho bem feito	1	2	3	4	5	6	7
17. Os funcionários dão a atenção adequada aos seus problemas/questões	1	2	3	4	5	6	7
18. O horário de funcionamento é adequado	1	2	3	4	5	6	7
19. A farmácia preocupasse comigo	1	2	3	4	5	6	7
20. Os funcionários são simpáticos	1	2	3	4	5	6	7
21. Os funcionários conhecem as suas necessidades específicas	1	2	3	4	5	6	7
22. Sente que é informado sobre os serviços prestados e sobre os serviços pendentes	1	2	3	4	5	6	7

**ANEXO III – Inquérito final****Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde**

No âmbito da tese de mestrado “Análise Comparativa da Qualidade do Serviço, a perceção dos Prestadores e Utentes – o Caso das Farmácia Comunitárias” do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade do Porto o presente inquérito visa constituir uma base de dados para elaboração desta mesma, cujo objetivo é avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas farmácia comunitárias.

O objetivo deste inquérito é unicamente a recolha de informação para a criação de uma base de dados para o trabalho supra citado, estando desde já garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.

O inquérito é constituído por duas partes:

1ª parte: dados sócio-demográficos

2ª parte: questões onde deverá expressar a sua perceção sobre a qualidade do serviço que a farmácia disponibiliza.

A sua colaboração é decisiva para o sucesso do trabalho em curso por isso, desde já, agradeço a colaboração que não deverá tomar mais de 5 minutos.

Nota: o presente questionário é uma adaptação da metodologia SERVPERF (*Service Performance*).

**1ª Parte****Dados sócio-demográficos**

Sexo ☐ Feminino  
☐ Masculino

Idade \_\_\_\_\_ anos

Nível de escolaridade ☐ Ensino básico  
☐ Ensino secundário ou Curso Técnico Profissional  
☐ Bacharel ou Licenciatura pós Bolonha  
☐ Licenciatura pré Bolonha ou Mestrado Integrado pós Bolonha  
☐ Doutoramento  
☐ Outro: \_\_\_\_\_

Situação profissional ☐ Doméstico/a  
☐ Desempregado/a  
☐ Estudante  
☐ Trabalhador por conta de outrem  
☐ Trabalhador por conta própria  
☐ Reformado/a

É cliente desta farmácia ☐ Pela primeira vez  
☐ Menos de 1 ano  
☐ Mais de 1 ano e menos de 5 anos  
☐ Mais de 5 anos

Caso seja funcionário da Farmácia assinale uma cruz aqui ( ☐ ).

## 2ª Parte

As frases que se seguem são relativas à percepção que tem sobre os serviços prestados por esta farmácia (dispensa de medicamentos, medicamentos manipulados, aconselhamento farmacêutico, determinação de parâmetros bioquímicos, ...).

Para cada frase deverá exprimir o seu grau de concordância ou discordância com as mesmas, para tal deverá assinalar o número “1” caso discorde totalmente com a afirmação, “7” caso concorde totalmente com a afirmação ou os valores intermédios que melhor refletem a sua opinião sobre a afirmação em causa. Não existem respostas corretas ou erradas, o objetivo é apenas traduzir em números a sua percepção sobre os serviços prestado.

Assinale com um **X** o número que melhor reflete a sua opinião pessoal.

	Discordo				Concordo			
	Completamente				Completamente			
1. As instalações desta farmácia são confortáveis e atrativas.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Os equipamentos da farmácia são modernos e adequados.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Os funcionários da farmácia estão devidamente identificados e com boa apresentação.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Os materiais disponibilizados por esta farmácia, associados aos serviços prestados (folhetos informativos, boletins de registo...), são adequados e funcionais.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Quando prometem fazer algo em determinado espaço de tempo, cumprem.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Quando o utente apresenta um problema, esta farmácia demonstra interesse em resolvê-lo e assim o faz.	1	2	3	4	5	6	7	
7. A farmácia realiza as tarefas de forma eficaz. (exemplo: não há trocas de medicação, erros sobre a forma de tomar os medicamentos...).	1	2	3	4	5	6	7	
8. Esta farmácia disponibiliza os serviços quando os promete.	1	2	3	4	5	6	7	
9. A farmácia mantém registos/informações atualizados.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Esta farmácia informa os utentes quando se concluirá a realização dos serviços, ou quando o produto em falta estará disponível.	1	2	3	4	5	6	7	
11. Os funcionários estão disponíveis para ajudar os utentes.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Como utente, sente segurança em ser atendido nesta farmácia.	1	2	3	4	5	6	7	
13. Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para atender aos seus pedidos.	1	2	3	4	5	6	7	
14. Confia nos funcionários da farmácia.	1	2	3	4	5	6	7	
15. Os funcionários demonstram domínio e conhecimento, na área da saúde, para responder às suas questões.	1	2	3	4	5	6	7	
16. Os funcionários parecem ter apoio suficiente por parte da farmácia para fazerem o seu trabalho bem feito.	1	2	3	4	5	6	7	
17. Os funcionários dão a atenção adequada aos seus problemas/questões.	1	2	3	4	5	6	7	
18. A farmácia apresenta um horário de funcionamento conveniente para os clientes.	1	2	3	4	5	6	7	
19. A farmácia tem os melhores interesses como objetivo.	1	2	3	4	5	6	7	
20. Os funcionários são simpáticos.	1	2	3	4	5	6	7	
21. Os funcionários dão-lhe atenção personalizada, uma vez que o conhecem.	1	2	3	4	5	6	7	
22. Sente que é informado sobre os serviços prestados e sobre os serviços pendentes.	1	2	3	4	5	6	7	

Muito Obrigada pela sua colaboração.



**ANEXO IV – Características dos utentes.****Statistics**

Statistics						
		sexo	idade	nível de escolaridade	situação profissional	cli
N	Valid	3208	3226	3118	3194	1911
	Missing	62	44	152	76	1359
Mean		,42	3,74	1,24	3,42	2,60
Std. Deviation		1,067	1,433	1,512	1,526	,708

**sexo**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
sexo feminino	1910	58,4	59,5	59,5
sexo masculino	1295	39,6	40,4	99,9
2	1	,0	,0	99,9
3	1	,0	,0	100,0
54	1	,0	,0	100,0
Total	3208	98,1	100,0	
Missing	999	62	1,9	
Total	3270	100,0		

**idade**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
18 aos 24	115	3,5	3,6	3,6
25 aos 34	355	10,9	11,0	14,6
35 aos 49	804	24,6	24,9	39,5
50 aos 64	980	30,0	30,4	69,9
mais de 65	968	29,6	30,0	99,9
6	3	,1	,1	100,0
55	1	,0	,0	100,0
Total	3226	98,7	100,0	
Missing	999	44	1,3	
Total	3270	100,0		

## nível de escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ensino básico	999	30,6	32,0	32,0
	ensino secundário, curso técnico profissional	1211	37,0	38,8	70,9
	bacharel	268	8,2	8,6	79,5
	licenciatura, mestrado integrado	543	16,6	17,4	96,9
	doutoramento	48	1,5	1,5	98,4
	outro	44	1,3	1,4	99,8
	6	1	,0	,0	99,9
	9	2	,1	,1	99,9
	10	1	,0	,0	100,0
	51	1	,0	,0	100,0
	Total	3118	95,4	100,0	
Missing	999	150	4,6		
	System	2	,1		
	Total	152	4,6		
Total		3270	100,0		

## situação profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	doméstico	208	6,4	6,5	6,5
	desempregado	276	8,4	8,6	15,2
	estudante	90	2,8	2,8	18,0
	trabalhador por conta de outrem	1165	35,6	36,5	54,4
	trabalhador por conta própria	309	9,4	9,7	64,1
	reformado	1144	35,0	35,8	99,9
	7	1	,0	,0	100,0
	9	1	,0	,0	100,0
	Total	3194	97,7	100,0	
	999	73	2,2		
Missing	System	3	,1		
	Total	76	2,3		
Total		3270	100,0		

## cli

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pela primeira vez	32	1,0	1,7	1,7
	menos de um ano	149	4,6	7,8	9,5
	mais de um ano e menos d 5	370	11,3	19,4	28,8
	mais de 5 anos	1357	41,5	71,0	99,8
	4	2	,1	,1	99,9
	5	1	,0	,1	100,0
	Total	1911	58,4	100,0	
Missing	999	76	2,3		
	System	1283	39,2		
	Total	1359	41,6		
Total		3270	100,0		

## ANEXO V – Resultados da Escala Servperf.

Statistics		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
N	Valid	3182	3165	3182	3141	3140	3147	3136	3123	3055	3138	3171	3163	3123	3166	3162	3135	3168	3166	3074	3170	3159	3147
	Missing	88	105	88	129	130	123	134	147	215	132	99	107	147	104	108	135	102	104	196	100	111	123
	Mean	6,25	6,31	6,77	6,39	6,63	6,69	6,63	6,67	6,55	6,65	6,77	6,78	6,60	6,74	6,69	6,87	6,74	6,64	6,79	6,80	6,67	6,62
Std. Deviation		1,073	1,006	1,49	1,13	1,788	1,715	1,791	1,12	1,807	1,33	1,65	1,42	2,26	1,93	1,721	11,930	1,43	1,77	11,969	1,65	1,37	1,799

## ANEXO V – Análise das hipóteses.

### ANOVA

idade

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	31,753	5	6,351	3,787	,002
Within Groups	4582,761	2733	1,677		
Total	4614,514	2738			

### ANOVA

Nível de escolaridade

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	17,217	8	2,152	1,243	,269
Within Groups	4586,164	2649	1,731		
Total	4603,380	2657			

### ANOVA

Situação profissional

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	26,078	7	3,725	2,191	,032
Within Groups	4605,402	2709	1,700		
Total	4631,479	2716			

### ANOVA

fidelização

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,927	4	,982	2,269	,060
Within Groups	696,560	1610	,433		
Total	700,487	1614			

Group Statistics

	resposta de ...	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
spet	funcionário	169	6,1760	,86886	,06684
	utente	3102	6,4342	,78383	,01407
spf	funcionário	164	6,4963	,55050	,04299
	utente	2962	6,6499	,66324	,01219
sPCR	funcionário	165	6,6394	,44461	,03461
	utente	3067	6,7014	,82963	,01498
sps	funcionário	167	6,5659	,57443	,04445
	utente	3098	6,7574	3,06579	,05508
spe	funcionário	165	6,6545	,49008	,03815
	utente	3024	6,7083	2,49917	,04545

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
spet	Equal variances assumed	10,219	,001	-4,145	3269	,000	-,25812	,06228	-,38023	-,13601
	Equal variances not assumed			-3,779	183,209	,000	-,25812	,06830	-,39288	-,12336
spf	Equal variances assumed	,275	,600	-2,910	3124	,004	-,15356	,05277	-,25703	,05009
	Equal variances not assumed			-3,437	190,185	,001	-,15356	,04468	-,24169	,06542
sPCR	Equal variances assumed	1,413	,235	-,953	3230	,341	-,06202	,06509	-,18965	,06560
	Equal variances not assumed			-1,645	230,762	,101	-,06202	,03772	-,13633	,01229
sps	Equal variances assumed	,005	,946	-,807	3263	,420	-,19156	,23750	-,65721	,27410
	Equal variances not assumed			-2,706	947,424	,007	-,19156	,07078	-,33046	,05265
spe	Equal variances assumed	,165	,685	-,276	3187	,783	-,05372	,19479	-,43565	,32821
	Equal variances not assumed			-,905	865,110	,366	-,05372	,05934	-,17019	,06274

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
servqual	2768	6,6749	1,29711	,02465

**One-Sample Test**

	Test Value = 5.86					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
servqual	33,054	2767	,000	,81492	,7666	,8633